

Schäfer, Bernadett

Ressourcenorientierte Betrachtung des Aufmerksamkeitsdefizit-/
Hyperaktivitätssyndroms in kritischer Auseinandersetzung mit aktuellen
fachlichen Diskursen in Einbeziehung des derzeitigen Forschungsstandes

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2014

Erstprüfer: Herr Prof. Dr. rer. nat. habil. Stefan Busse

Zweitprüfer: Frau Prof. Dr. phil. Steffi Weber-Unger-Rotino

Bibliographische Beschreibung:

Schäfer, Bernadett:

Ressourcenorientierte Betrachtung des Aufmerksamkeitsdefizit-/
Hyperaktivitätssyndroms in kritischer Auseinandersetzung mit aktuellen
fachlichen Diskursen in Einbeziehung des derzeitigen Forschungsstandes
42 Seiten

Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2014

Referat:

Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf einer intensiven Literatur- und Internetrecherche, durch die vorhandene aktuelle Diskurse zum Thema AD(H)S aufgegriffen und kritisch betrachtet werden sollen. Zudem werde ich einige ressourcenorientierte Handlungsansätze für einen positiven Umgang mit von dieser (Verhaltens-) Störung betroffenen Kindern/Jugendlichen und deren Umfeld erarbeiten. Da zum Thema sehr umfangreich diskutiert und untersucht wird, ist es im Rahmen dieser Arbeit nur möglich, ausgewählte Themenschwerpunkte zu bearbeiten. Dabei liegt das Hauptaugenmerk auf den Kindern/Jugendlichen und deren Probleme. Auf von AD(H)S betroffene Erwachsene gehe ich nicht näher ein, da diese nicht die gleichen Symptome aufweisen und sich daher mit anderen Problemen konfrontiert sehen.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
1. Definition und Klassifikation.....	2
1.1. Definition	2
1.2. Klassifikation - ICD-10 vs. DSM-IV.....	2
1.3. Veränderung der Diagnosekriterien im DSM 5.....	3
2. Prävalenz	7
3. Komorbide Störungen	8
4. Diagnostik und Therapie.....	9
4.1. Diagnostik	9
4.2. Therapie	11
4.3. Theorie vs. Praxis	15
4.3.1. Diagnoseraten.....	15
4.3.2. Fehldiagnosen	18
4.3.3. Medikamentöse Behandlung	20
5. Rechte der Eltern	25
6. Paradoxien im Umgang mit AD(H)S – Ressourcen/Stärken vs. Probleme..	30
7. Handlungsansätze für die Soziale Arbeit.....	36
8. Fazit	39
Anlagen	43
Quellenverzeichnis	55
Erklärung zur selbständigen Anfertigung.....	63

Abkürzungsverzeichnis

KIGGS-Studie	Studie des Robert Koch- Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
HAWIK IV	Hamburg-Wechsler-Intelligenztests für Kinder
KITAP	Kinderversion der Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung
EEG	Elektroenzephalografie (graphische Darstellung von Spannungsschwankungen im Gehirn)

Abbildungsverzeichnis

Abb.1:	Prävalenzraten für AD(H)S in Deutschland für Jungen und Mädchen in den einzelnen Altersgruppen
Abb.2:	Häufigkeit komorbider Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S
Abb.3:	Entwicklung beim Erwerb von Methylphenidat (z.B. Ritalin) durch Apotheken in Form von Fertigarzneimitteln“

Anhänge

Anhang 1:	ADHS aus der Sicht einer Kinderärztin
Anhang 2:	Ich bin ein Zombie, und ich lerne wie eine Maschine - Ritalin macht leistungsfähig. Experten sagen, das Medikament sei eine Gefahr für die Gesundheit und unser Bildungssystem. Ein Selbstversuch
Anhang 3:	Dieser Text ist für Leute die was sagen wollen aber keine Ahnung davon haben! Ich bin ein Elternteil eines "Ritalinkindes"

Einleitung

Die neben Betroffenen und Angehörigen auch von Fachleuten kontrovers geführten Diskussionen zu AD(H)S gelangen zunehmend in den Fokus des öffentlichen Interesses. Scheinbar gibt es mehr als ausreichend Informationen zum Thema. Was aber bei Betroffenen vermehrt zu Unsicherheit führt, ist die veröffentlichte Menge an teilweise sehr unterschiedlichen Informationen sowie die extreme Polarisierung von Standpunkten zu AD(H)S. In diesem Zusammenhang erscheint es mir wichtig sachlich zum Thema zu argumentieren. Einleitend gebe ich einen kurzen Überblick über allgemeine Informationen zu AD(H)S. Anschließend arbeite ich die Richtlinien der empfohlenen Behandlung betroffener Kinder und Jugendlicher heraus und stelle diese dem Vorgehen in der Praxis gegenüber. In diesem Zusammenhang greife ich auf einige ausgewählte Publikationen zum Thema zurück, welche ich kritisch hinterfragen und einer Prüfung durch den aktuellen Forschungsstand zu AD(H)S unterziehen werde. Ziel ist es, diese Publikationen auf Haltbarkeit zu überprüfen und diese zu be- oder widerlegen, denn ich erachte es als wichtig, dass zu diesem Thema haltbare Informationen veröffentlicht werden um fördernd und ressourcenorientiert im Rahmen vorgegebener Möglichkeiten mit betroffenen Kindern/ Jugendlichen und deren Eltern umgehen und arbeiten zu können.

Im Sinne der Ressourcenorientierung erarbeite ich zum einen Rechte der Eltern, welche der Stärkung dieser in der Vertretung ihres Kindes dient. Zum anderen zeige ich am Beispiel Schule auf, mit welchen Schwierigkeiten sich betroffene Kinder und Jugendliche konfrontiert sehen, was dafür ursächlich sein kann und wie besser und verständnisvoller mit ihnen umgegangen werden kann. In diesem Sinne werde ich einige Handlungsansätze für die soziale Arbeit herausarbeiten, denn diese hat gerade in der Schule als niederschwelliges Angebot sowohl eine wichtige Schnittstellenfunktion, als auch die Aufgabe, Belange des Kindes anwaltschaftlich zu vertreten und diesem beizustehen.

1. Definition und Klassifikation

1.1. Definition

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen stellen laut Döpfner zusammen mit den aggressiven Verhaltensstörungen die häufigsten psychischen Störungen im Kindesalter dar. Gekennzeichnet sind sie durch eine Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung oder Ablenkbarkeit), der Impulskontrolle (Impulsivität) und der Aktivität (Hyperaktivität). Die Kernsymptome treten bereits vor dem Alter von sechs Jahren auf. Zudem sind diese Auffälligkeiten in mehreren Situationen und Lebensbereichen, wie Familie, Schule, Kindergarten oder Untersuchungssituation nachweisbar (vgl. Döpfner, Frölich, Lehmkuhl 2013, S.1). Das Auftreten von Hyperaktivität ist nicht zwingend. Fehlt diese spricht man von ADS. AD(H)S wird in Subtypen unterteilt, die ich im folgenden Abschnitt näher beleuchte.

1.2. Klassifikation - ICD-10 vs. DSM-IV

„Zur Klassifikation Hyperkinetischer Störungen bzw. ADHS stehen zwei Systeme zur Verfügung, das Klassifikationsschema nach ICD-10 der World Health Organization (WHO) und das Klassifikationsschema nach DSM-IV der American Psychiatric Association (APA)“ (vgl. Bundesärztekammer 2006a).

Laut Döpfner et al. unterscheiden sich die Diagnosesysteme ICD-10 und DSM-IV kaum in der Definition einzelner Kriterien, wohl aber in der Bestimmung, der Anzahl und der Kombination der Kriterien, welche für die Diagnose einer AD(H)S vorliegen müssen. Die ICD-10 fordert, dass Störungen der Aufmerksamkeit, Störungen der Impulskontrolle und Störungen der Aktivität für die Diagnose einer *einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung* (F90.0) in Kombination auftreten müssen. Sind zusätzlich die Kriterien einer Störung des Sozialverhaltens erfüllt, wird eine *hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens* (F90.1) diagnostiziert (vgl. Döpfner et al. 2013, S.2). Weitere Möglichkeiten der Diagnose nach der ICD-10 sind sowohl die *Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität* (F98.8) als auch *sonstige und nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störungen* (F90.8, F90.9) (vgl. DIMDI, 2014). Insgesamt gibt

die Klassifikation nach ICD-10 eine nur geringe Spielbreite vor, und ermöglicht Diagnosen nur in einem begrenzten Rahmen, welcher mögliche Sub- oder Mischtypen unberücksichtigt lässt.

Demgegenüber unterscheidet das DSM-IV laut Döpfner nach:

- dem *gemischten Subtypus der Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung* bei welchem wie auch beim ICD -10 alle Kernsymptome auftreten,
- dem *vorherrschend unaufmerksamen Subtypus* und dem
- *vorherrschend hyperaktiv-impulsiven Subtypus*.

Bei Jugendlichen, welche nicht mehr alle für eine Diagnose notwendigen Symptome aufzeigen, kann nach DSM-IV die Diagnose durch den Zusatz „in partieller Remission“ spezifiziert werden. Bei beiden Klassifikationssystemen wird zusätzlich verlangt, dass die Symptomatik vor dem Alter von sechs beziehungsweise sieben Jahren begonnen hat.

Die Diagnose tiefgreifender Entwicklungsstörungen, Schizophrenie oder anderer psychotischer Störungen gelten als Ausschlusskriterien für AD(H)S in beiden Systemen. Eine depressive Episode oder eine Angststörung wird als zusätzliches Ausschlusskriterium in der ICD-10 benannt, demgegenüber wird im DSM-IV gefordert, dass die AD(H)S-Symptome nicht durch eine andere psychische Störung besser beschrieben werden können (vgl. Döpfner et al. 2013, S. 3f). Insgesamt erscheinen die Formulierungen nach DSM-IV den Bedürfnissen der Praxis besser gerecht zu werden, da eine Differenzierung von gemischten beziehungsweise stärker hyperkinetischen oder aufmerksamkeitsgestörten Formen möglich ist (vgl. Döpfner et al. 2013, S. 52).

1.3. Veränderung der Diagnosekriterien im DSM 5

Die 5. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ist im Mai 2013 erschienen. Das DSM-5 liegt bisher nur in der englischsprachigen Originalausgabe vor. Die Veröffentlichung der deutschen Übersetzung des DSM-5 wird sich aufgrund des Umfangs des Werkes noch etwas verzögern - ein genauer Termin der Veröffentlichung ist noch nicht bekannt (vgl. Psychotherapie-Lehrbuch 2014).

Das Kapitel zu Krankheiten im Kindes- und Jugendalter entfällt im DSM-5 komplett weil diese „Leiden“ nun anderen Bereichen zugeordnet werden. AD(H)S wird nun den ZNS-Entwicklungsstörungen zugeordnet. Die Aufteilung in die zwei Symptomkategorien *Unaufmerksamkeit* und *Hyperaktivität/Impulsivität* bleibt bestehen. Die Subtypen entfallen und werden durch "Specifier" ersetzt. Laut Müller spricht man jetzt von einer *vorwiegend unaufmerksamen Präsentation*, wenn die Aufmerksamkeitsdefizite überwiegen, einer *vorwiegend hyperaktiven/impulsiven Präsentation* oder *kombinierter Präsentation*. Somit ist es jetzt auch möglich eine Aufmerksamkeitsstörungen oder Hyperaktivitätsprobleme als ADHS zu diagnostizieren. Zusätzlich wurde das Erstmanifestationsalter von 7 Jahre (DSM-IV) auf 12 Jahre (DSM-5) angehoben (vgl. Müller 2013). „Darüber hinaus ist nach den Kriterien des DSM-5 auch eine Komorbidität der ADHS mit einer Autismusspektrumsstörung möglich“ (a.a.O.). Zu den Neuerungen des DSM-5 gehört zudem, dass die American Psychiatric Association nach DSM-I bis DSM-IV die römischen Ziffern aufgegeben hat und nun vom DSM-5 spricht.

„Kritiker werfen den US-Psychiatern vor, die diagnostischen Kriterien für psychische Erkrankungen aufzuweichen und alltägliche seelische Krisen zur Krankheit zu erklären, für die dann eine Behandlung notwendig sei“ (BptK 2013). Die Bundespsychotherapeutenkammer (BptK) veranstaltete vor diesem Hintergrund ein Symposium. Der Hauptredner Prof. Dr. Allen Frances, der Vorsitzender der Entwicklergruppe des DSM-IV war, trat nun als einer der schärfsten Kritiker des neuen Diagnosehandbuchs auf. Sowohl die geplante Absenkung diagnostischer Kriterien, als auch die Aufnahme neuer psychischer Störungen habe zur Folge, dass noch mehr Menschen als psychisch krank diagnostiziert und mit Psychopharmaka behandelt würden. Dies könnte aufgrund der begrenzten Ressourcen des Gesundheitssystems zu Lasten der Versorgung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen führen. Prof. Dr. Allen Frances äußerte, wenn es zu einem epidemischen Ansteigen von Diagnoseraten komme, liege es weniger an einer tatsächlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, vielmehr handle es sich um eine veränderte Bezeichnung bestimmter Phänomene. „Das DSM-5 lege seine Priorität darauf, psychische Erkrankungen nicht zu übersehen,

letztlich aus der positiven Intention heraus, allen Betroffenen Hilfe und Behandlung anbieten zu können. Hierbei werde jedoch das Risiko von Überdiagnostik und Übertherapie sowie die damit verbundenen Risiken, von Stigmatisierung bis hin zu schädlichen Nebenwirkungen durch die Therapie, unterschätzt“ (BptK 2013). Das Diagnosehandbuch DSM hätte aus Prof. Dr. Allen Frances Sicht vor allem so weiterentwickelt werden müssen, dass es weniger Spielraum für missbräuchliche oder interessengeleitete Anwendungen lässt. Seinen Aussagen zufolge wären engere diagnostische Kategorien und höhere diagnostische Schwellen besser gewesen. Zu den größten Fehlentwicklungen im DSM-5 zählen nach der Einschätzung von Prof. Allen Frances unter anderem „die neue, wenig erforschte Diagnose *Disruptive Mood Dysregulation Disorder* (DMDD) bei Kindern und Jugendlichen, mit der schwere Wutausbrüche erfasst werden sollen, (sowie) die Absenkung der diagnostischen Kriterien für ADHS“ (a.a.O.).

Wolfgang Maier, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) warnt: „Ab sofort kann selbst Teenagern die Diagnose ADHS gestellt werden – vorausgesetzt Symptome wie Unruhe und schlechte Konzentrationsfähigkeit zeigten sich erstmalig vor dem zwölften Geburtstag. ... Doch in diesem Lebensabschnitt stehen Kinder kurz vor der Pubertät oder kämpfen mit schulischen Schwierigkeiten. `Dann besteht die Gefahr, dass mögliche Schulprobleme medikalisiert werden´“ (Kriesl 2013).

Ähnliche Bedenken äußert auch Prof. Dr. Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BptK). Laut Prof. Dr. Rainer Richter sei bei AD(H)S auch in Deutschland von einer deutlichen Überdiagnostik und Übertherapie auszugehen. Nach Daten der BARMER GEK erhalte hierzulande jeder fünfte Junge zwischen dem siebten und zwölften Lebensjahr eine ADHS-Diagnose und circa jeder zehnte Junge bekomme im Laufe der Kindheit und Jugend mindestens einmal Methylphenidat verordnet. Durch eine weitere Aufweichung der diagnostischen Kriterien müssten motorische Unruhe oder mangelnde Konzentrationsfähigkeit erstmalig vor dem zwölften und nicht wie bisher vor dem siebenten Lebensjahr aufgetreten sein, damit ADHS diagnostiziert werden könne. Das bedeutet: Jetzt kann nicht mehr

ausgeschlossen werden, dass in Zukunft auch Kinder und Jugendliche erfasst werden, die in erster Linie spezifische, schulische oder berufliche Probleme haben. Folglich wird sich die Anzahl der AD(H)S Diagnosen seiner Meinung nach erheblich erhöhen (vgl. BptK 2013). Zudem fordert er, ebenso wie Prof. Dr. Frances die kritische Bewertung der neuen Diagnose *Disruptive Mood Dysregulation Disorder*. „Würde die neue Erkrankung ... in das geplante ICD-11 übernommen, bestehe die Gefahr, dass künftig auch in Deutschland alterstypische Wutausbrüche von Kindern und Jugendlichen als psychische Krankheit diagnostiziert und entsprechend behandelt werden könnten“ (BptK 2013). Prof. Dr. Richter bemängelt den dürftigen Stand der Forschung zu überdurchschnittlich starken und häufigen Wutausbrüchen bei Jungen und benennt es als Risiko, künftig heftige emotionale Reaktionen von Kindern und Jugendlichen in Reifungskrisen als krank abzustempeln (a.a.O.).

Trotz aller Kritik beschreibt Dr. med. M. Winkler eine positive Veränderung, welche die Einführung des DSM-5 bezüglich AD(H)S mit sich bringt. Im DSM-5 zählt AD(H)S zu den *Neurodevelopmental Disorders*. Winkler beschreibt diese Neuerung als sehr sinnvoll, da unter anderem der Autismus und die Lese-/Rechtschreibstörung auch in diese Kategorie eingeordnet sind. Das kann seiner Meinung nach dazu beitragen, dass AD(H)S zumindest moralisch von sozial gestörtem Verhalten entkoppelt, und damit „entkriminalisiert“ wird (vgl. Dr. med. Winkler 2014).

Zusammenfassend lässt sich aber feststellen, dass vormals gesunde Kinder/Jugendliche, nach der Einführung des DSM-5 nun doch an AD(H)S leiden könnten. Hier bedarf es einer kritischen Reflexion, sollten die in den USA eingeführten Kriterien in der Klassifikation der ICD-11 berücksichtigt werden. Ich wäre daher positiv überrascht, wenn die laut gewordenen Kritiken zum DSM-5 nicht im Sande verlaufen würden, sondern vor Einführung der neuen Kriterien in das deutsche Klassifikationssystem (ICD-11) reflektiert und nochmals auf Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit überprüft würden.

2. Prävalenz

Döpfner et al. berichten von vergleichbaren Prävalenzraten für AD(H)S nach DSM-IV in verschiedenen Ländern und Kulturen. Bei Kindern zeigen sich im internationalen Vergleich Prävalenzraten zwischen 3,6% und 6,7%, während sie bei Jugendlichen zwischen 2,2% und 2,6 liegen. Eine bundesweite deutsche Studie (BELLA-Studie) ergab bei 7- bis 17-jährigen Kindern auf Basis von Elternurteilen eine Prävalenzrate von 5% nach DSM-IV und 1% nach den (strengerem) ICD-10 Kriterien. Werden nicht nur die Symptomatik, sondern auch weitere Kriterien wie Symptombeginn und Funktionseinschränkung berücksichtigt, sinkt die (Prävalenz-) Rate nochmals. Jungen erfüllten die Kriterien für AD(H)S etwa doppelt so häufig, wie Mädchen. Zudem verminderte sich die AD(H)S-Prävalenz mit steigendem Alter deutlich (vgl. Döpfner et al. 2013, S. 4f).

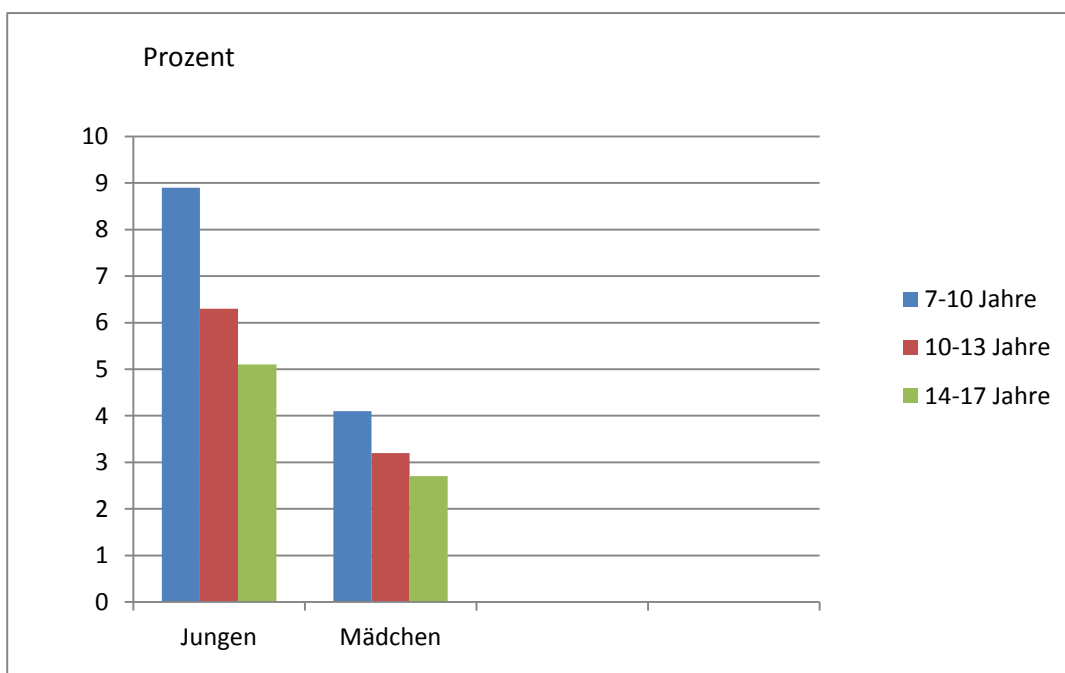


Abbildung 1: Prävalenzraten für AD(H)S in Deutschland für Jungen und Mädchen in den einzelnen Altersgruppen (nach Döpfner et al. 2008a) (vgl. Döpfner et al. 2013, S. 5).

Auffällig ist, dass in der Literatur verschiedene Ergebnisse zu Prävalenzraten bei AD(H)S vorliegen. Anhand der Ausführungen der Bundesärztekammer kann man erklären, was Einfluss auf die „gemessene“ Häufigkeit hat: es können verschiedene Einflussfaktoren identifiziert werden, von denen die jeweiligen

Prävalenzraten abhängen. Zum einen ist ausschlaggebend, welches diagnostische Klassifikationssystem herangezogen wird (ICD - DSM), zum anderen ist die Art der Stichprobe entscheidend für das Ergebnis. Des Weiteren entscheidet das Diagnoseverfahren (klinisch, Fragebogen, Interview) über Ergebnisse und zuletzt hat auch die Berücksichtigung der Auswirkung auf das psychosoziale Funktionsniveau Einfluss auf mögliche Prävalenzraten. „Nach Erhebungen im Rahmen des Kinder- und Jugendsurveys des Robert-Koch-Instituts Berlin wurde für Kinder und Jugendliche bis zum 17. Lebensjahr eine mittlere Prävalenzrate von 3,9% ermittelt“ (Bundesärztekammer, 2013b).

3. Komorbide Störungen

Komorbide Störungen werden nach Döpfner et al. bei bis zu 80% der Kinder und Jugendlichen mit AD(H)S diagnostiziert und bedürfen ergänzender leitlinienkonformer Therapien. Komorbide Störungen sind:

50%	Oppositionelle Störung des Sozialverhaltens
30 bis 50%	Störung des Sozialverhaltens (ohne opposit. Verhaltensstörung)
10 bis 40%	Affektive, vor allem depressive Störungen
30 bis 40%	Angststörungen
10 bis 40%	Lernstörungen, Teilleistungsschwächen
bis 30%	Tic-Störungen

Abbildung 2: Häufigkeit komorbider Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S (vgl. Döpfner et al. 2013, S. 7)

Neben den angeführten komorbiden Störungen treten vermehrt zusätzliche Probleme und Belastungen für betroffene Kinder und Jugendliche auf, wie häufigere Klassenwiederholungen, schlechtere Schulnoten und geringere Leistungen in Sprach-, Lese-, Rechtschreib- und Rechentests. Auch haben die Kinder und Jugendlichen meist eine geringere soziometrische Position in der Gleichaltrigen-Gruppe. Häufig sind zudem die Eltern-Kind- und/oder Lehrer-Kind Beziehungen als Folge von negativen, bestrafenden und kontrollierenden

Interaktionen belastet (vgl. Döpfner et al. 2013, S. 7). Insgesamt vermute ich, dass sich einige Komorbiditäten gegenseitig (negativ) beeinflussen können, im Sinne von: Bekommt das Kind schlechte Noten beispielsweise als Folge einer Lese-/Rechtschreibschwäche, entsteht oft Druck seitens der Lehrer oder Eltern, mehr zu üben. Das kann Frust bei dem Kind/Jugendlichen auslösen, weil es/er will, aber nicht kann. Eine Folge davon könnte aggressives Verhalten des Kindes/Jugendlichen aufgrund der Überforderung sein, was wiederum oft Sanktionen zur Folge hat. Diese Faktoren bedingen sich meiner Ansicht nach teilweise gegenseitig und können damit einen Teufelskreis erzeugen.

4. Diagnostik und Therapie

Die Leitlinien¹ zu Diagnostik und Therapie werde ich nur zusammenfassend darstellen, da das ausführliche Erarbeiten dieser den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Detaillierte Informationen können unter anderem in Materialien der Bundesärztekammer sowie im Informationsportal des zentralen adhs-netzes eingesehen werden.

4.1. Diagnostik

Dr. Heinicke beschreibt die Diagnostik der AD(H)S als sehr aufwändig. Als erste Informationsquelle dient die Exploration des Kindes/ Jugendlichen selbst, der Eltern und der Lehrer/ Erzieher. Mithilfe der subjektiven Beurteilung der Umwelt und der Selbstbeurteilung durch das Kind/den Jugendlichen lassen sich vorhandene Leitsymptome erfassen. Bei „klassischer“ AD(H)S treten die Symptome in allen Ebenen dieser Trias auf. Für die Verhaltensbeurteilung des Kindes/Jugendlichen sind in der Praxis neben der Exploration die Anwendung der Conners-Skalen - Fremd- und Selbstbeurteilungsbögen (FBB-HKS und SBB-HKS) - am gängigsten.

¹ „(...)sind Orientierungshilfen im Sinne von 'Handlungs- und Entscheidungskorridoren', von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. (...) Leitlinien sind im Gegensatz zu Richtlinien nicht verbindlich“ (vgl. äzq 2014).

Anhand testpsychologischer Untersuchungen lassen sich kognitive Fähigkeiten und der neuropsychologische Zustand des Kindes/Jugendlichen erheben. Mit dem HAWIK-IV (gängiger IQ-Test) sollte die schulische Leistungsfähigkeit in den Bereichen Lesen, Schreiben, Rechnen erfasst werden. Damit lassen sich andere Krankheiten, wie visuelle Störungen, ausschließen. Empfehlenswert wäre es, einen Intelligenztest kontrollhalber zweimal durchzuführen, da bedingt durch die Symptomatik der AD(H)S und je nach „Tagesform“ des Kindes/Jugendlichen sehr unterschiedliche Ergebnisse zu erwarten sind. In der Praxis ist das allerdings nicht üblich, da Lerneffekte unterstellt werden (vgl. Dr. Heinicke 2014). Daher: „Wenn im Intelligenztest, z.B. im HAWIK eine große Diskrepanz zwischen den Werten im Verbal- und Handlungsteil besteht, sollte an das Vorliegen von Beeinträchtigungen in der Wahrnehmungsverarbeitung gedacht werden. Eine der häufigsten Ursachen für einen deutlich niedrigeren Handlungsteil sind Störungen der Wahrnehmungsverarbeitung, wie sie bei AD(H)S-Kindern trotz guter oder sehr guter Intelligenz in typischer Weise vorhanden sind“ (Simchen 2012).

Um eine differenzierte Beurteilung der kognitiven Fähigkeiten zu ermöglichen, kann laut Heinicke zum Beispiel der KiTAP-Test ergänzend eingesetzt werden. Dieser dient der Untersuchung der Aufmerksamkeit, Arbeitsgeschwindigkeit und Flexibilität des Kindes/Jugendlichen. CAVE: Die Testergebnisse der psychologischen Untersuchung allein begründen oder schließen die Diagnose AD(H)S nicht aus. Wichtig ist es, die Ergebnisse immer in Kombination mit den Verhaltensbeobachtungen zu betrachten.

Eine körperliche Untersuchung des Kindes/Jugendlichen sollte während der Diagnostik nicht ausbleiben, um andere mögliche Erkrankungen ausschließen zu können. Bei dem Verdacht auf andere Krankheiten, ist unter Umständen die Durchführung eines EEG's² oder anderer bildgebender Verfahren anzuraten.

Schließlich muss anhand der Differenzialdiagnose überprüft werden, ob die AD(H)S-typischen Symptome durch eine andere Diagnose besser erklärt werden können, da diese durchaus Hinweis auf eine andere Störung sein

² EEG: Elektroenzephalografie (graphische Darstellung von Spannungsschwankungen im Gehirn)

können, wie zum Beispiel medikamenteninduzierte Hyperaktivität oder Epilepsie. Um die Diagnose AD(H)S stellen zu können, müssen alle Befunde fachlich bewertet und festgestellt werden, ob die Ausprägung der Symptome das alters- und entwicklungstypische Maß deutlich überschreiten. Zudem müssen exogene Faktoren als Ursache ausgeschlossen sein und es darf keine Intelligenzminderung vorliegen (vgl. Dr. med. Heinicke 2014).

Die von der Bundesärztekammer veröffentlichten Leitlinien entsprechen zusammenfassend dem von Dr. med. Dirk Heinicke vorgestellten empfohlenen Verfahren einer sicheren Diagnostik. Laut Bundesärztekammer steht im Zentrum der Diagnostik der AD(H)S die Erfassung der klinischen Symptomatik und ihres Verlaufs in verschiedenen Lebensbereichen. Die Exploration des Kindes bezieht auch die Verhaltensbeobachtung mit ein. Standardisierte Fragebögen und testpsychologische Untersuchungen *können* hilfreich sein, sind aber *optional*. Eine internistische und neurologische Untersuchung *sollte* durchgeführt werden. „Es wird *empfohlen*, eine multiaxiale Diagnostik durchzuführen, ...“ (vgl. Bundesärztekammer 2006c).

Wie man hier unschwer erkennen kann, ist laut Bundesärztekammer ein Großteil der Untersuchungen laut Leitlinien „nur“ indiziert und optional. Wie und in welchem Umfang diese Leitlinien aber in der Praxis umgesetzt werden, kann man daraus nicht entnehmen. Auf diesen Punkt werde ich zu einem späteren Zeitpunkt nochmals eingehen.

4.2. Therapie

Wird die Diagnose AD(H)S gestellt, erfolgt die Behandlung/Therapie. In der Regel ist diese ambulant. Nur unter besonderen Bedingungen kann eine stationäre Behandlung indiziert sein (vgl. Döpfner et al. 2013, S. 78).

Der Arbeitsgemeinschaft AD(H)S zufolge „müssen individuell vorrangige Therapieziele bestimmt und entsprechende Behandlungsmöglichkeiten ausgewählt und im Rahmen des multimodalen und interdisziplinären Therapiekonzeptes durchgeführt werden“ (Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft AD(H)S 2007, S. 8).

Im Vordergrund stehen laut dieser Leitlinien psychoedukative Maßnahmen, meint die Beratung der Eltern, der Erzieher/Lehrer und des Kindes/Jugendlichen hinsichtlich Symptomatik, vermuteten Pathogenese, des vermutlichen Verlaufes, sowie der Behandlungsmöglichkeiten. Diese Maßnahmen beinhalten wiederholte Gespräche über Maßnahmen im gegenseitigen Umgang, welche die AD(H)S- spezifischen Besonderheiten des Kindes/Jugendlichen berücksichtigen (a.a.O., S. 8).

Zusätzlich zu den psychoedukativen Maßnahmen sind bei erheblichen intrafamiliären Problemen Elterntraining oder Erziehungs-/Familienberatung indiziert, um Bezugspersonen zu entlasten und „Interaktionsfallen“, welche zur Aufrechterhaltung der Symptomatik beitragen können, darzustellen und zu bearbeiten. Ziel ist es, eine positive Eltern-Kind-Beziehung aufzubauen und mit den Eltern neue Verhaltensweisen im Umgang mit dem Kind/Jugendlichen einzuüben. Voraussetzung für die Durchführung von Elterntrainings oder Interventionen in der Familie sind Kooperationsbereitschaft und Ressourcen seitens der Eltern (vgl. Döpfner et al. 2013, S.87f).

Eine weitere Interventionsempfehlung ist die Zusammenarbeit mit der Schule bei schulpflichtigen Kindern/Jugendlichen. Es muss überprüft werden, ob die Platzierung des Kindes/Jugendlichen in einer Schule/Klasse seiner grundlegenden schulischen Leistungsfähigkeit entspricht. Grundsätzlich ist keine Sonderbeschulung notwendig. Im Vordergrund stehen hier die Besprechung der Struktur der Gruppe (Klassengröße, Sitzposition des Kindes/Jugendlichen, Verhaltensregeln) und die Identifikation spezifischer Problemsituationen. Die Interventionen zielen auf die Verminderung der AD(H)S-Symptomatik, sowie der oppositionellen oder aggressiven Verhaltensauffälligkeiten des Kindes/Jugendlichen im Bereich Schule. Häufig reichen pädagogische Interventionen nicht aus und es müssen spezielle verhaltenstherapeutische Techniken, beispielsweise Token-Systeme³, eingesetzt werden, um besonders in Gruppensituationen eine hinreichende Wirkung zu erzielen. Die spezifischen verhaltenstherapeutischen Interventionen

³ Token-Systeme: Verfahren der operanten Konditionierung zur Verstärkung erwünschten Verhaltens. In der Praxis: Sammeln von Spielmarken oder Smilies, die gegen den eigentlichen Verstärker eingetauscht werden.

setzen, ebenso wie im Elternhaus, auch in der Schule hinreichende Kooperation der Lehrer und durch Intervention aktivierbare Ressourcen voraus (a.a.O., S. 97f.).

Ein weiterer Bestandteil der Therapie kann laut Leitlinie eine kognitive Verhaltenstherapie des Kindes/Jugendlichen sein. Sie dient unter anderem der Verbesserung der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen und vermittelt Methoden der Selbstinstruktion und des Selbstmanagements bei Kindern/Jugendlichen. Eine ausschließliche Behandlung mit kognitiver Verhaltenstherapie ist aber meist nicht hinreichend erfolgsversprechend, da die Verhaltensänderungen aus der Therapiesituation heraus in den Alltag schwer zu transportieren sind (a.a.O., S. 100f.)

„Die Indikation zur Stimulanzienmedikation ist bei gesicherter Diagnose nach ICD-10 oder DSM IV-Kriterien gegeben, wenn die Symptomatik ausgeprägt ist und eine psychoedukative und psychotherapeutische Hilfe nicht umsetzbar oder nicht innerhalb der Frist einiger Wochen hilfreich war“ (Bundesärztekammer 2005, S. 27) .

Laut Leitlinien von Döpfner et al. richtet sich die Entscheidung zur medikamentösen Behandlung eines Kindes/Jugendlichen stets am Schwere- und Chronifizierungsgrad der bestehenden AD(H)S aus und muss in ein multimodales Behandlungskonzept eingebettet sein. Eine medikamentöse Behandlung bei Kindern unter sechs Jahren sollte erst erfolgen, wenn alle alternativen Behandlungsoptionen ausgeschöpft worden sind und weiterhin eine schwerwiegende AD(H)S-Symptomatik vorliegt.

Psychostimulanzien sind bei der medikamentösen Behandlung der AD(H)S Substanzen der ersten Wahl, wobei Methylphenidat primär eingesetzt wird. Die Dosierung und Anzahl der täglichen Gaben richten sich nach dem Behandlungsziel. Ist das Ziel beispielsweise die Verminderung der AD(H)S-Symptomatik in der Schule, erfolgt die Gabe auch nur an Schultagen, und nicht an den Wochenenden.

Es sind spezifische Kontraindikationen (z.B. Depressionen, bipolare Störungen) für das gewählte Medikament zu berücksichtigen. Die Eltern, sowie das Kind/der Jugendliche sind vor Behandlungsbeginn in angemessener Form über

Nutzen und Risiken der medikamentösen Therapie aufzuklären. Die Dosis-Wirkungs-Relationen können individuell sehr unterschiedlich sein. Daher ist in jedem Fall eine individuelle Titration⁴ mit genauer Überprüfung der Effekte notwendig und es ist mit der niedrigsten möglichen Dosierung zu beginnen. Die Effekte der medikamentösen Therapie – sowohl erwünschte, als auch unerwünschte – auf das Erleben des Kindes/Jugendlichen und das Verhalten in der Schule, sind zu kontrollieren. Zudem müssen für jede Substanzklasse vorgeschriebene somatische Kontrollen durchgeführt werden (z.B. halbjährlich Blutdruck, Pulsrate, Größe, Gewicht und Appetit). Auch sollte einmal pro Jahr ein kontrollierter Auslassversuch erfolgen, um die Notwendigkeit einer Weiterführung der medikamentösen Behandlung zu überprüfen. Besonders im Jugendalter sollte zudem eine sorgfältige Überwachung des Fehlgebrauchs oder Missbrauchs des Psychostimulanz erfolgen und anderweitiger Substanzmissbrauch abgeklärt sein. In diesem Fall ist eine Beendigung der Behandlung zu erwägen oder eine Medikation mit geringerem Missbrauchspotential (vgl. Döpfner et al. 2013, S. 103f.).

Laut Bundesärztekammer ist Atomoxetin neben Methylphenidat und Amphetamin die am besten untersuchte Substanz mit guter Evidenzlage. Das Nebenwirkungsprofil erscheint günstig. Allerdings muss sich der Stellenwert dieser Substanz in der Praxis noch erweisen (vgl. Bundesärztekammer 2005, S. 31).

In den USA ist für die Behandlung von Kindern/Jugendlichen mit AD(H)S Lisdexamphetamin zugelassen und wird gegenwärtig in Europa in Zulassungsstudien untersucht (Stand: Januar 2012). Es ist als Langzeitstimulanz einsetzbar und hat gegenüber den derzeit eingesetzten Amphetaminpräparaten ein geringeres Missbrauchspotential (vgl. Döpfner et al. 2013, S. 114).

Es gibt weitere medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten, die ich aber an dieser Stelle nicht weiter ausführen werde, da deren Darstellung im Rahmen dieser Arbeit zu umfangreich wäre.

Wie aus den Leitlinien zur Therapie bei AD(H)S zu erkennen ist, ist die Gabe von Medikamenten nur geboten, wenn die anderen Behandlungsoptionen

⁴ Titration = Prozess der Dosisanpassung

ausgeschöpft wurden und zu keiner Verbesserung geführt haben. Zudem ist die Medikation an erhebliche ärztliche Kontrollen gebunden. Auch hier, wie bei den Leitlinien zur Diagnostik der AD(H)S, stellt sich die Frage, ob diese Leitlinien in der Praxis Beachtung finden. Dieser Frage werde ich in dem Abschnitt „Theorie vs. Praxis“ genauer nachgehen.

Ein nicht-medikamentöser Behandlungsansatz bei AD(H)S hat laut Bundesärztekammer in den letzten Jahren besondere Beachtung gefunden. Die Neurofeedback-Therapie. In bisherigen Studien konnte gezeigt werden, dass Neurofeedback zu einer signifikanten Reduktion von Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität führt. Allerdings bedarf es noch weiterer Untersuchungen, ob die Verbesserung durch diese Art der Behandlung auch langfristig stabil und verhaltenswirksam bleibt.

Es existieren noch andere nicht-medikamentöse Ansätze, z.B. Homöopathie oder diätische Verfahren, welche aber in der Behandlung der AD(H)S nicht als regelhafte Therapien empfohlen werden (vgl. Bundesärztekammer 2005, S. 35). Begleitend zur Therapie ist immer sinnvoll, den Eltern die Möglichkeit des Aufsuchens von Selbsthilfegruppen aufzuzeigen. Selbsthilfegruppen können für Eltern durch den Erfahrungsaustausch und das Vermitteln praktischer Hilfen, sowie das umfangreiche Wissen über regionale Versorgungsmöglichkeiten unterstützend wirken (vgl. Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft AD(H)S 2007, S. 9). Die bei AD(H)S häufig auftretenden komorbiden Störungen bedürfen einer gesonderten Behandlung.

4.3. Theorie vs. Praxis

4.3.1. Diagnoseraten

Schlack et al. untersuchten auf Grundlage der Daten der bundesweit repräsentativen Studie „KIGGS“ die Lebenszeitprävalenz von elternberichteten AD(H)S-Diagnosen ihrer Kinder im Alter von 3 bis 17 Jahren. Verglichen wurden Daten aus der KIGGS-Basiserhebung (2003-2006) und der KIGGS Welle 1 (2009-2012). Insgesamt beobachteten Schlack et al. *keine* statistisch signifikanten Veränderungen der Diagnosehäufigkeit für AD(H)S (vgl. Schlack, Mauz, Hebebrand, Hölling 2014, S. 822).

Da das bundesweite Kinder und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts in Berlin eine für Deutschland repräsentative Stichprobe von Kindern, Jugendlichen und deren Eltern untersucht, unterstelle ich evidenzbasierte Ergebnisse. Diese Ergebnisse widerlegen aber die von Krankenkassen berichteten Zunahmen der Diagnosehäufigkeit von AD(H)S, sowie die Darstellungen der Medien. Woher kommt dann die weit verbreitete Annahme AD(H)S-Diagnosen hätten sprunghaft zugenommen?

Bei Auswertungen der Daten des BARMER GEK Arztreports wird ein insgesamt Anstieg der ambulanten Diagnoseraten der AD(H)S in den Jahren von 2006 bis 2011 deutlich. Geschlechts- und altersübergreifend hat die Diagnoserate um 49% zugenommen. Allerdings fallen die Steigerungsraten in einzelnen Altersgruppen unterschiedlich aus. Bei den 0-bis 4- Jährigen ist ein leichter Rückgang der Diagnosehäufigkeit zu erkennen und bei den 5-bis 9-Jährigen sind zwischen 2006 und 2011 keine signifikanten Veränderungen eingetreten (vgl. Grobe, Bitzer, Schwartz 2013, S.145). Insoweit entsprechen die Ergebnisse der 0- bis 9-Jährigen in etwa den Ergebnissen der KiGGS-Studie.

Weiter kann man aus dem Arztreport entnehmen: „In den maßgeblich am stärksten betroffenen Altersgruppen zwischen 9 und 11 Jahren lässt sich ein Anstieg um 34% bei einem Anstieg der geschlechtsübergreifenden kalenderjährlichen Diagnoserate von 6,03% auf 8,07% verzeichnen“ (Grobe et al. 2013, S. 145). Auffällig ist hier, dass das Altersintervall von 9 bis 11 Jahren nicht in den Tabellen des Arztreports auftaucht, sondern nur die 5- bis 9- und 10- bis 14- Jährigen tabellarisch erfasst sind. Die Aussage kann in dem Fall nicht korrekt sein, beziehungsweise ist nicht erkennbar, worauf sie beruht. Weiterhin ist meiner Ansicht nach bei Betrachtung der Ergebnisse des BARMER GEK Arztreports zu beachten, dass die angegebenen Häufigkeiten nicht den statistischen Durchschnitt der deutschen Bevölkerung repräsentieren, sondern „nur“ einen Überblick über dort versicherte Personen gibt. Die Ergebnisse lassen zwar zumindest eine tendenzielle Zunahme der Diagnoseraten der bei der BARMER GEK versicherten Personen erkennen, ich würde mir allerdings erlauben, die Frage zu stellen, ob die Erhebung und Auswertung der zugrundeliegenden Daten nach wissenschaftlichen Standards

erfolgte. Zumindest erachte ich es als schwierig, krankenkassenbezogene Daten als allgemeingültig für Deutschland zu betrachten.

Übernehmen die Medien zum Beispiel unkritisch oder unreflektiert beziehungsweise voreingenommen Fakten aus dem BARMER GEK Arztreport, kann es schnell zur Verbreitung möglicherweise falscher und empirisch nicht belegter Aussagen kommen. In Kombination mit dem zunehmenden gesellschaftlichen Interesse für AD(H)S könnte das hypothetisch betrachtet ein Beispiel für die Verursachung der in der Bevölkerung weit verbreiteten Annahme sein, die Diagnoseraten der AD(H)S seien in den vergangenen Jahren sprunghaft angestiegen. Ein Beispiel hierfür: „Immer mehr Kinder und Jugendliche in Deutschland verlassen die Arztpraxis mit einer Diagnose auf Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Die Fallzahlen stiegen zwischen 2006 und 2011 bei den unter 19-Jährigen um 42 Prozent, wie aus dem Arztreport 2013 der Barmer GEK hervorgeht“ (Focus online 2014a). Diese Daten scheinen aber fehlinterpretiert, vergleicht man sie mit den Ergebnissen des Reports. Zudem werden sie auf die Kinder und Jugendlichen in Deutschland umgelegt. Daher sind das meiner Ansicht nach Fakten, welche nicht der Realität entsprechen.

Prof. Dr. H.-U. Wittchen von der Technischen Universität Dresden untersucht die Verbreitung psychischer Störungen seit den 1980ern. Er beschreibt lediglich eine deutliche Zunahme von Demenzerkrankungen, die sich aber mit der höheren Lebenserwartung der Menschen begründen lässt. Abgesehen davon hätten psychische Störungen in diesen drei Jahrzehnten weder zu- noch abgenommen. Wittchen äußert das sei überraschend angesichts der Statistiken der Krankenkassen und Gesundheitseinrichtungen, die den Eindruck erwecken, psychische Störungen würden sich rasant in der Bevölkerung ausbreiten. Er äußerte in einem Interview: „Nicht die Häufigkeit psychischer Störungen hat sich verändert, sondern das Diagnoseverhalten der Ärzte und Versorgungseinrichtungen. Ferner ist erfreulicherweise die Bereitschaft der Menschen gestiegen, etwa über ihre Depressionen oder andere seelische Beschwerden zu reden und sie als behandelbare Erkrankungen aufzufassen. Wenn die Kassen und Versorger heute also einen vermeintlichen Anstieg von psychisch bedingten Krankschreibungen und Frühverrentungen verzeichnen,

dann heißt das: Dieselben Leiden werden heute anders kodiert als zu früheren Zeiten“ (Dr. habil. Wittchen 2013, S.70).

Es gibt Studien zu AD(H)S, die eine deutliche Zunahme der Diagnoseraten als Ergebnis vorweisen, allerdings beziehen diese sich auf andere Länder. „Eine Studie berichtet z. B. von einem Anstieg der ADHS-Diagnosen in der klinischen Praxis um 381% zwischen 1989 und 2001 (Mandell et al. 2005).“ (Bruchmüller & Schneider 2012, S.78). Diese Studie bezog sich allerdings auf Kinder und Jugendliche in Amerika. Untersucht wurde zum Beispiel auch der Einfluss der Hautfarbe der Kinder auf die Vergabe einer Diagnose. Verwunderlich ist für mich an dieser Stelle, wie die Ergebnisse einer amerikanischen Studie vermutlich umgelegt und als allgemeingültig für Deutschland betrachtet werden können: „Die Zahl der ADHS-Diagnosen stieg in Deutschland zwischen 1989 und 2001 um 381 Prozent“ (Ärzteblatt, 2012). Mich irritiert diese Veröffentlichung. Da die Ergebnisse exakt den Zahlen von Mandell et al. entsprechen, wäre an dieser Stelle interessant, woher diese im Ärzteblatt veröffentlichten Zahlen zu Deutschland stammen.

Zusammenfassend stelle ich also fest, dass es keine für mich relevanten Belege für die Zunahme der Diagnoseraten der AD(H)S – in Deutschland - in den vergangenen Jahren gibt. Die oben erwähnte KiGGS-Studie –gültig für Deutschland - widerlegt zumindest die Annahme, dass die Diagnosehäufigkeit der AD(H)S in den letzten Jahren angestiegen ist. Kritisch sollte daher, kommt es zu Diskussionen hinsichtlich dieses Themas, hinterfragt werden, auf welchen Informationen Aussagen basieren, die beispielsweise die sprunghafte Zunahme der Diagnosen beinhalten.

4.3.2. Fehldiagnosen

In den Medien wird seit einiger Zeit in hitzigen Debatten um die Thematik AD(H)S immer wieder von über- oder falsch diagnostizierten Kindern und Jugendlichen berichtet. Fraglich ist hier wieder: Wie ist es in der Praxis wirklich? Werden Kinder und Jugendliche fehldiagnostiziert, und wenn ja, warum?

Forscher der Ruhr-Universität Bochum und der Universität Basel veröffentlichten Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von Kinder- und

Jugendpsychotherapeuten und –psychiatern und lieferten empirische Belege dafür, dass AD(H)S tatsächlich zu häufig diagnostiziert wird. Bruchmüller & Schneider zogen eine Stichprobe von 1000 Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und –psychiatern. Mithilfe einer Fallgeschichte und eines Fragebogens, sollten die Teilnehmer eine Diagnose erstellen. Es wurden vier Versionen einer Fallgeschichte mit je einem Mädchen- und einem Jungenname formuliert. Es zeigte sich, dass Jungen bei identischem Symptombild häufiger die Diagnose AD(H)S gestellt bekamen, als Mädchen. „Als Erklärung für diese diagnostischen Fehltritte wird diskutiert, dass Therapeuten – wie bei anderen Alltagsentscheidungen auch – in der Diagnosesituation Heuristiken einsetzen. Verbreitet sind dabei die Repräsentativitäts- und die Verfügbarkeitsheuristik. Eine klare Orientierung an Diagnosekriterien und die Anwendung standardisierter Befragungsinstrumente helfen, solche Fehler zu vermeiden“ (Bruchmüller & Schneider 2012, S.77). Die Ergebnisse aus der Untersuchung ließen erkennen, dass bei der Diagnostik von AD(H)S sowohl „Unschärfe“ und mangelnde Reliabilität vorkommen als auch eine Verzerrung spezifisch in Richtung Überdiagnostizierung auftritt. Bruchmüller & Schneider belegten also, dass „... AD(H)S in vielen Fällen auch dann diagnostiziert wird, wenn die Diagnosekriterien nicht erfüllt sind“ (a.a.O., S. 84).

Dr. med. D. Heinicke beschrieb in seinem Vortrag zu Klassifikation und Diagnostik zu AD(H)S eine andere Ursache von möglichen „Fehldiagnosen“ bei AD(H)S in der Praxis. Er zeigte die aus ärztlicher Sicht gebotene Notwendigkeit auf, in einzelnen Fällen bewusst eine Fehldiagnose an Kinder oder Jugendliche zu vergeben, da Mischtypen der AD(H)S nicht immer genau den strengen Kriterien der ICD-10 zuordenbar sind, betroffene Kinder oder Jugendliche aber ohne eine Diagnose keine Behandlungen zustehen. Folglich sind seiner Meinung nach nicht alle „Fehldiagnosen“ falsch -im Sinne von zu Unrecht gegeben- sondern sie ermöglichen den Kindern und Jugendlichen sowie deren Familien - welche unter einem enormen Leidensdruck stehen - den Zugang zu Hilfesystemen, welcher ohne die Diagnose einer Krankheit verweigert wird (vgl. Dr. med. Heinicke 2014).

Nach meiner Auseinandersetzung mit dem Thema Fehldiagnosen bei AD(H)S komme ich zu dem Schluss, dass es auch hier, kommt es zu einer Debatte zum Thema, beide Seiten beleuchtet werden sollten: Das Risiko und der Nutzen einer „falschen“ Diagnose. Unstrittig ist, dass es keine Fehldiagnosen –im Sinne von falscher Diagnose- in der Praxis geben sollte. Die Studie von Bruchmüller und Schneider weist zwar tendenziell die Vergabe von Fehldiagnosen nach, allerdings hatten die befragten Personen keinerlei Kontakt zu den von ihnen „diagnostizierten“ Kindern. Man könnte vermuten, dass sich durch die Art der Durchführung der Studie (Befragung ohne persönlichen Kontakt), durchaus Verzerrungen ergeben haben und die Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und -psychiater womöglich unter realistischen Untersuchungsumständen andere oder keine Diagnosen an die Kinder und Jugendlichen vergeben hätten. Aber das ist an dieser Stelle reine Spekulation und bedürfte einer weiteren Untersuchung.

4.3.3. Medikamentöse Behandlung

Laut Leitlinien der Bundesärztekammer sollte eine Medikation erst nach Ausschöpfen der anderen angeratenen Optionen zur Behandlung einer gesichert diagnostizierten AD(H)S Anwendung finden. In der Praxis scheint das jedoch häufig nicht der Fall zu sein. Zumindest suggerieren manche Berichte in den Medien und einige Stellungnahmen von Fachärzten eine zunehmende und vorschnelle medikamentöse Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S. Ein Beispiel dafür ist die Vorgehensweise einer Kinderärztin in der Praxis, welche im Familienhandbuch des Staatsinstituts für Frühpädagogik veröffentlicht wurde (vgl. Anhang 1). Deren Vorgehensweise finde ich bedenklich, zumal sie entgegen der Leitlinien die Medikation als Mittel erster Wahl betrachtet.

Ob die vorschnelle medikamentöse Behandlung in der Praxis üblich ist, werde ich in diesem Abschnitt näher beleuchten und einige Stellungnahmen bezüglich dieses Themas vergleichen. Vorerst möchte ich einige Erkenntnisse der MTA-Studie zur medikamentösen Behandlung bei AD(H)S kurz anführen.

Die Multimodal Treatment Study (MTA) belegte, dass Veränderungen der AD(H)S-Symptomatik weitgehend unabhängig vom Behandlungsstatus sind und die Überlegenheit der medikamentösen Therapie nicht nachweisbar ist. Verglichen wurde in der MTA-Studie über einen Zeitraum von 14, 24 und 36 Monaten der Einfluss von:

- „Medikation (Med), d.h. fast ausschließlich Methylphenidat-Behandlung nach einem sehr genauen Austestschema;
- Verhaltenstherapie (Beh), die sehr umfassend angelegt war mit Elterntraining, Interventionen in der Schule und beim Patienten;
- Kombinierte Therapie (Comb), in der beide Behandlungen kombiniert durchgeführt wurden;
- Routinetherapie (CC, Community Care), bei der die Patienten zur Behandlung vor Ort verwiesen wurden. Rund 60% dieser Patienten erhielten eine Pharmakotherapie“ (vgl. Döpfner o.J.)

14 Monate nach Behandlungsbeginn zeigte sich deutlich, dass die medikamentös behandelte Gruppe den größten Profit aus der Therapie zog, wohingegen mit Verhaltens- und Routinetherapie die schlechtesten Effekte zu verzeichnen waren. Auch nach 24 Monaten sind diese Effekte noch erkennbar. Nach 36 Monaten allerdings, sind sie *nicht* mehr nachzuweisen. Festzuhalten ist also, dass sich weitgehend unabhängig von der durchgeführten Behandlung eine Verbesserung der AD(H)S-Symptomatik zeigte. Die MTA-Studie belegte demnach, dass „auch jenseits der medikamentösen Therapie sehr günstige Verläufe und eine kontinuierliche über viele Jahren hinweg andauernde medikamentöse Therapie ... längst nicht in jedem Fall indiziert (ist)“ (Döpfner o.J.). Weitere Ergebnisse der MTA-Studie weisen auf eine Wachstumsminde- rung und Verzögerung der Gewichtszunahme der medikamentös Behandelten hin, was kontinuierliche Kontrollen indiziert aber nur in einigen Fällen klinisch bedeutsam ist. Zudem konnte kein günstiger Einfluss der Medikation auf Substanzmissbrauch oder Delinquenz verzeichnet werden (a.a.O.). Für mich sind daher keine bedeutsamen Vorteile der medikamentösen Therapie gegenüber anderen Therapien erkennbar, wenn

das langfristige Ziel eine Verbesserung der Symptomatik sein soll. Allerdings scheint die Medikation am effektivsten zu wirken, wenn kurzfristig Verbesserungen der AD(H)S-Symptomatik eintreten sollen, zum Beispiel bei Krisen innerhalb der Familie oder bei massiven Problemen in der Schule (z.B. bei Gefährdung der weiteren Beschulung). Vermutlich wird in der Praxis in manch extremen Krisensituationen bevorzugt auf Medikation zurückgegriffen, um schnellstmöglich positive Effekte im Verhalten der Kinder und Jugendlichen zu erzielen. Nachweislich gibt es auch Kinder/Jugendliche, welche durch die Schwere der Symptomatik bei AD(H)S so beeinträchtigt sind, dass ohne Medikation die Durchführung anderer Therapien nicht umsetzbar wäre. Denn auch diese sind vorstrukturiert, zeitlich und mengenmäßig meist begrenzt und bedürfen einer gewissen Mitwirkung. Interessant wäre es für mich an diesem Punkt auch, die regionalen Versorgungsstrukturen der Therapiemöglichkeiten für Kinder und Jugendliche genauer zu untersuchen. Mögliche „vorschnelle“ medikamentöse Behandlungen könnten sich vermutlich auch darauf zurückführen lassen, dass ein enormer Leidensdruck bei den Betroffenen besteht, die Therapie aber aus Gründen der Zeit (lange Wartelisten) oder aus Mangel an Verfügbarkeit von Therapieangeboten nicht umsetzbar ist. Eine weitere mögliche Ursache für die ausschließliche medikamentöse Behandlung von Kindern/Jugendlichen vermute ich in der Finanzierung, da die Medikation für den Leistungsträger - kurzfristig gesehen - kostengünstiger ist, als eine Therapie.

In den Medien wird aktuell vermehrt zum Thema AD(H)S und Medikation berichtet: „Rolf-Ulrich Schlenker, Vizechef der Barmer GEK, sprach von einer besorgniserregenden Entwicklung. Man müsse aufpassen, dass die ADHS-Diagnostik 'nicht aus dem Ruder läuft und wir eine ADHS-Generation fabrizieren.' Gegen Erziehungsprobleme seien Oillen der falsche Weg“ (Focus online 2014b). Diese Aussage finde ich - vorsichtig ausgedrückt - sehr unsachlich, zumal sie Eltern diffamiert, welche sich ständig für ihre Kinder einsetzen müssen und einem oft jahrelangen Druck ausgesetzt sind. Zudem unterstellt er Ärzten mit der Bemerkung, die Diagnostik laufe aus dem Ruder, eine unsachgemäße Praxis. Das sehe ich kritisch, da es sehr verallgemeinernd ausgedrückt ist. Ähnliche Aussagen diesbezüglich lassen sich in großer

Vielzahl finden. Noch ein für mich besonders unschönes Beispiel: „Während die Kinder das Nervenkostüm ihrer Eltern strapazieren, sucht ein Teil der Eltern ´ihr Heil´ in der viel versprechenden Pille Ritalin um so die Verantwortung für die Entwicklung ihrer Kinder (als folgsame Ritalinsoldaten?) an die Pharmaindustrie abgeben zu können“ (Mangold 2014). Solche Aussagen finde ich sehr erschreckend, denn sie sich voll von Schuldzuweisungen, unterstellter Verantwortungslosigkeit und tragen meiner Ansicht nach erheblich dazu bei, dass immer mehr Eltern bezüglich der Behandlung ihrer von AD(H)S betroffenen Kinder/Jugendlichen verunsichert sind. Zudem schüren sie die Angst der Eltern vor Reaktionen aus der Gesellschaft, sollten sie einer (indizierten) medikamentösen Therapie ihres Kindes zustimmen. Ein solcher Druck belastet die Eltern zusätzlich und ist in dieser Form nicht angebracht. Mit solchen Äußerungen wird ein verantwortungsloser Umgang mit der Medikation durch Eltern und Ärzte unterstellt.

Es lassen sich aber auch gegensätzliche Standpunkte zum Thema finden, zum Beispiel: „Ärzte verschreiben Ritalin mittlerweile eher zurückhaltend“ (Focus online 2014c). Der Kölner Stadtanzeiger beschreibt sogar eine „Trendwende“ zu den Verordnungen von Ritalin: „Der jahrzehntelange Anstieg beim Konsum von Tabletten gegen das ´Zappelphilipp-Syndrom´ ist neuen Erhebungen zufolge gestoppt. Nach Angaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ging der Verbrauch des zentralen Wirkstoffs gegen die ADHS-Störung 2013 erstmals seit 20 Jahren zurück“ (Kölner Stadtanzeiger 2014). Diese Aussage findet Bestätigung in der Veröffentlichung der Welt: „Das BfArM teilte mit, dass im vergangenen Jahr 1803 Kilogramm des Ritalin-Wirkstoffs Methylphenidat verbraucht wurden. 2012 waren es noch 1839 Kilogramm. In den zehn Jahren zuvor hatte sich der Verbrauch verdreifacht“ (Die Welt 2014). BfArM-Präsident Walter Schwerdtfeger wertete den Rückgang der Ritalinverordnungen als ein positives Signal „das möglicherweise auf einen kritischeren Umgang mit Methylphenidat hindeutet“ (a.a.O.).

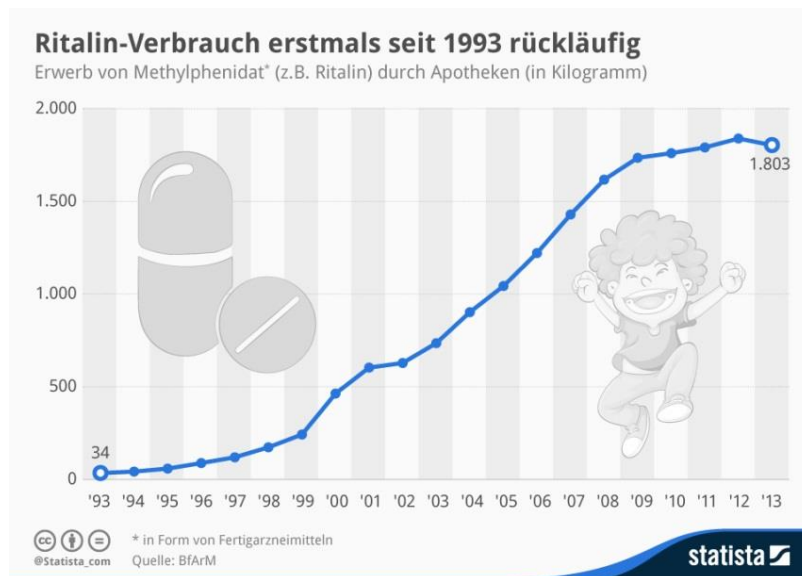


Abbildung 3: „Die Grafik zeigt die Entwicklung beim Erwerb von Methylphenidat (z.B. Ritalin) durch Apotheken in Form von Fertigarzneimitteln“ (Brandt 2014).

Abzuwarten bleibt, ob der Abwärtstrend von Dauer ist. Interessant wäre an dieser Stelle, wie es dazu kommt. Gehen Ärzte verantwortungsvoller mit der Diagnose um? Interessanterweise passt der Rückgang der Verordnungen nicht zu den von Krankenkassen veröffentlichten Zunahmen der Diagnoseraten – wie oben beschrieben und widerlegt –, denn die Vermutung läge nahe, dass bei einem Anstieg der Diagnosen auch die Verordnungen tendenziell steigen müssten.

Vermutlich ist eine Ursache für den Rückgang der Medikamentenverordnungen bei AD(H)S unter anderem auch im Beschluss der G-BA zu suchen. Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschloss am 12.01.2010, dass Methylphenidat nur noch von Spezialisten für Verhaltensstörungen, wie Kinder- und Jugendpsychiatern, verschrieben werden darf (vgl. Bruchmüller & Schneider, S. 79). „Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßte die Entscheidung. Damit habe der G-BA der ´fahrlässigen Verordnung von Ritalin & Co einen Riegel vorgeschoben´. Denn Mediziner fürchten, dass Kindern in Deutschland zu häufig Psychopharmaka verschrieben werden, ohne dass eine umfassende Untersuchung stattgefunden hat und sanftere Therapieformen erwogen wurden. Das soll sich durch den G-BA-Beschluss ändern. Hausärzte dürfen die Medikamente seit Ende 2010 nicht mehr verschreiben“ (Zeit online 2011). Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Verordnungen zur Zeit

- entgegen des medialen Hypes um Ritalin - rückläufig sind. Die genauen Ursachen hierfür erschließen sich mir zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht. Diese herauszufinden bedarf es sicherlich noch Zeit sowie weiterer Untersuchungen, sollte der Trend weiterhin bestehen.

Was mich bei meinen Recherchen zum Thema Medikation bei AD(H)S etwas überrascht hat, ist die Tatsache, dass Ritalin, welches BTM-pflichtig ist, also eines speziellen Rezeptes bedarf, im Internet frei verkäuflich ist: „Zum Eigenbedarf kaufen Sie bei uns Ritalin zum Bestpreis und in jeder beliebigen Menge. Das Beste ist: Beim Kauf von Ritalin fragen wir nicht nach einem ärztlichen Rezept“ (vgl. Alles Rezeptfrei). An dieser Stelle frage ich mich, warum offiziell mit diesem Medikament gehandelt werden darf, und es ohne Rezept erhältlich ist. Ich unterstelle den Anbietern solcher Seiten - mit dem Umgehen betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften - eine finanzielle Bereicherung auf Kosten der Gesundheit von nicht an AD(H)S erkrankten Menschen, denn es ist unstrittig, dass nicht von AD(H)S betroffene – also gesunde - Personen Ritalin zur Leistungssteigerung einsetzen: „Ich mag das Euphoriegefühl, das Ritalin mir verschafft, und die Leistung, zu der ich dadurch imstande bin. Ich gefalle mir, wenn ich Ritalin genommen habe. Das Vertrackte an Medikamentensucht: Man verpasst den Zeitpunkt, an dem man die Kontrolle verliert“ (vgl. Anhang 2, Zeile 167-171).

5. Rechte der Eltern

Die ärztliche Versorgung der von AD(H)S betroffenen Kinder/Jugendlichen stellt in der Regel kein Problem in der Praxis dar. Anders sieht es bei den Therapiemöglichkeiten aus. Hier ist unter anderem ausschlaggebend, wie gut die Versorgungsstruktur in der Region ist. Lange Wartezeiten oder fehlende therapeutische Angebote in manchen Regionen erschweren an den Leitlinien orientierte Behandlungen der Kinder und Jugendlichen mit AD(H)S. Dies ist ein strukturelles Problem, welches schwierig zu lösen ist. Allerdings eröffnen sich den Eltern - durch die Klassifizierung der AD(H)S als Krankheit - weitere Möglichkeiten zur Durchsetzung von Rechtsansprüchen auf Hilfen für ihre von AD(H)S betroffenen Kinder/Jugendlichen.

AD(H)S ist keine Behinderung im Sinne des deutschen Sozialrechts. Allerdings kann die Symptomatik bei der Feststellung eines Grads der Behinderung berücksichtigt werden, wenn zusätzlich globale oder umschriebene Entwicklungsstörungen (z.B. Einschränkungen in den Bereichen Sprache, Kommunikation, soziale Integration oder Störungen im Bereich Motorik, Aufmerksamkeit) vorliegen, die eine Hilfsbedürftigkeit des Kindes oder Jugendlichen begründen und einen besonderen Bedarf an Förderung notwendig machen. Wird eine Behinderung festgestellt, resultieren aus dem Grad der Behinderung Ansprüche auf Nachteilsausgleich und Hilfen (vgl. Dr. Streif 2011, S. 47f.). „Im Kindes- und Jugendalter aussichtsreicher und in den meisten Fällen absehbar gewinnbringender als die Feststellung eines (hohen) Grads der Behinderung ist die Bescheinigung einer bei ADHS bestehenden oder drohenden seelischen Behinderung nach § 35a SGB VIII“ (a.a.O., S. 48). Die Leistungen nach 35a SGB VIII (Eingliederungshilfe) beinhalten – normalerweise – alle Maßnahmen und Personen die geeignet sind, ein Integrationsrisiko abzuwenden. Dr. Streif beschreibt den Alltag vieler Jugendämter aber anders. Diese sehen die Durchführung von Maßnahmen meist aus einer Liste fest umrissener Maßnahmen und bestimmter Personen vor. Alternative Hilfen würden erst erwogen, wenn pauschal angebotene Maßnahmen gescheitert sind. Er sieht die Regelung des § 36a SGB VIII zur *Steuerungsverantwortung* der Jugendämter in diesem Zusammenhang als problematisch, weil damit die *Selbstbeschaffung* durch Leistungsberechtigte – in diesem Fall die Eltern – verhindert wird. Dr. Streif unterstellt, dass die Steuerungsverantwortung der Jugendämter nicht selten zum Finanzierungsvermeidungsprogramm wird. Er begründet dies mit dem Angebot von unzureichend betreuten und durch nicht spezifisch qualifizierte Personen angeleiteten Maßnahmen für Kinder/Jugendliche mit AD(H)S, woraus massiv verhaltensauffällige Kinder kaum einen Nutzen ziehen. Allerdings ist das Risiko für Eltern, die Kosten einer selbst beschafften Hilfe nicht erstattet zu bekommen, groß. Streif beschreibt einen Mangelzustand an tatsächlichen Leistungen der Jugendhilfe nach notwendigem Umfang, gerade in den Regionen, in denen mangelnde Bereitschaft oder fehlende Mittel seitens der Jugendämter vorherrscht (a.a.O., S. 51f.).

Unstrittig ist, dass die Kinder und Jugendlichen mit Feststellung einer Behinderung ein Stigma erhalten, was zu Belastungen führen kann, da es bedeutet der gesellschaftlichen Norm nicht zu entsprechen. Allerdings scheint dieser Schritt in einigen Fällen, um Kinder und Jugendliche mit schwerer Symptomatik entsprechend zu fördern, unumgänglich. Dr. Streif macht in diesem Zusammenhang auf drei Dinge aufmerksam: „Erstens: Den Status der Behinderung gibt es ausschließlich um den Preis der Pathologisierung Zweitens: Mit der Feststellung einer Behinderung geht nicht nur der Anspruch auf besondere Hilfen einher, sondern bisweilen auch die Neubewertung von Risiken, die sich aus dem Vorliegen von Schädigungen und Einschränkungen ergeben. ... Drittens: Es mag psychologisch bisweilen eine gute Taktik sein, Schwächen vorderhand in Stärken zu verkehren, um Hoffnung zu geben (Trotzdem ist es wichtig) die Begrenztheit der eigenen Möglichkeiten realistisch zu sehen (und es ist schwierig) aus dem subjektiv empfundenen Makel der Behinderung die Zuversicht zu gewinnen, im Leben bestehen zu können“ (a.a.O., S. 56f.).

Manfred Rabatsch klärt die Eltern von Kindern mit AD(H)S über das Recht der Inanspruchnahme notwendiger Hilfen zur Erziehung beim Jugendamt auf. Auch er bemängelt den in der Praxis der Jugendämter erkennbaren „eklatante(n) Widerspruch zwischen Anspruch und Wirklichkeit, wenn es um die Durchsetzung von Rechtsansprüchen geht“ (Rabatsch 2011, S. 111). Aber gerade im Jugendamt ist es wichtig, fachkundig zu beraten und Hilfe anzubieten um beispielsweise weitere Ausgrenzung zu verhindern, welche von Kindern mit AD(H)S immer wieder in den Kitas und vor allem in der Schule erlebt wird. Rabatsch beschreibt, dass es auch Aufgabe des Jugendamtes ist Entscheidungen von Schulen oder Schulräten zu verhindern, die Kinder oder Jugendliche mit diesem Störungsbild – oftmals nach mehrfach aufgetretenen Auseinandersetzungen – nicht mehr beschulen wollen, denn hier gilt es dringendst kooperativ Hilfen zu vermitteln, statt die Kinder und Jugendlichen auszuschließen (vgl. Rabatsch 2011, S. 113f.).

Abgesehen davon ist in der Schule – abhängig von den jeweiligen Regelungen des Bundeslandes – eine Sonderbehandlung der betroffenen Kinder und Jugendlichen möglich. Dazu braucht es ein fachärztliches Gutachten mit einer

bestehenden oder drohenden seelischen Behinderung mit Angaben zur Intelligenz und Teilleistungsstörungen und meist eine Stellungnahme des schulpsychologischen Dienstes. Im Fall einer attestierten Legasthenie kann beispielsweise die Benotung der Rechtschreibung ausgesetzt werden (vgl. Dr. Streif 2011, S.52f.). Die Regelungen sind aber - abhängig vom Bundesland - unterschiedlich und sollten bei Bedarf erfragt werden, entweder in der Schule, bei ADHS-Verbänden oder beim Kultusministerium des jeweiligen Landes.

Wenn sich Eltern hilfesuchend an das Jugendamt wenden – zum Beispiel bei drohendem Schulausschluss des Kindes oder Jugendlichen - und das Jugendamt weigert sich, den Fall zu bearbeiten oder lehnt ihn ab, haben die Eltern das Recht auf Beantragung einer einstweiligen Anordnung beim Verwaltungsgericht, denn laut § 27 Abs. 1 SGB VIII haben die Eltern einen Rechtsanspruch auf die Gewährung einer Hilfe zur Erziehung (HzE). Die Folge wäre die Einleitung eines Eilverfahrens. Dies dient dem Schutz vor unverhältnismäßiger Benachteiligung durch das Verwaltungshandeln. Die Sicherung des Rechts auf eine angemessene Schulbildung gehört dazu. Zumal haben die Kinder und Jugendlichen eine Schulpflicht (vgl. Rabatsch 2011, S. 117).

Rabatsch beschreibt von in der Praxis immer wiederkehrenden Problemschwerpunkten. Sowohl bei Lehrern und Lehrerinnen, als auch bei den Fachkräften des Jugendamtes herrschen des Öfteren Unkenntnis oder Unsicherheiten im Umgang mit AD(H)S vor. Zudem ist das Jugendamt eine Verwaltung mit bestehenden Hierarchien, innerhalb derer Anweisungen erteilt und Machtbefugnisse benutzt werden. Einflüsse auf den Hilfeprozess in der Praxis haben nach Rabatsch unter anderem die unterschiedlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen der Fachkräfte, rigide Leitungen, welche den Spielraum der Fachkräfte einengen, und der „Einspardruck leerer Kassen“ (a.a.O., S. 121). Daher ist für Eltern wichtig zu wissen, dass Hinweise des Jugendamtes auf fehlende Haushaltsmittel kein gerichtsrelevanter Ablehnungsgrund für eine beantragte Leistung ist. Die Regelung des § 36 SGB VIII (Mitwirkung, Hilfeplan) ist als Handlungsanweisung zu verstehen und für Fachkräfte des Jugendamtes verbindlich. Voraussetzung für eine HzE ist allerdings das Vorliegen eines erzieherischen Bedarfs sowie das die Hilfe

geeignet und notwendig ist. Wird zum Beispiel in der Schule aus verschiedenen Gründen keine Unterstützung oder Hilfe gewährt, oder ist die Situation zu verfahren um geklärt werden zu können, haben die Eltern demnach keine Alternativen und können beim Jugendamt die Hilfe zur Erziehung geltend machen.

Ein Recht der Eltern als Antragsteller von Sozialleistungen nach dem § 13 Abs. 4 SGB X, ist auch das Erscheinen beim Jugendamt mit einem Beistand zur Unterstützung und zum Schutz vor ungerechtfertigten Behandlungen. Des Weiteren sind die Eltern durch § 25 SGB X befugt, alle Dokumentationen (Gespräche, Hilfepläne, Berichte nach außen) einzusehen, beziehungsweise diese in Kopie zu fordern. Außerdem steht Eltern das Wunsch- und Wahlrecht zu. Dieses ist geregelt in § 5 SGB VIII. Eltern sollten diese Regelung kennen und wenn nötig davon Gebrauch machen (a.a.O., S.122f.). Zusammengefasst kann man festhalten, dass sich hilfesuschende Eltern in einigen Regionen gut auf den Termin im Jugendamt vorbereiten und sich im Vorfeld ausreichend über ihre Rechte informieren sollten, was aber keineswegs als Pauschalisierung aufzufassen ist. Durchaus nicht in allen Fällen müssen Eltern mit negativen Erfahrungen rechnen.

Für Kinder/Jugendliche mit AD(H)S kann das Jugendamt unter anderem Ambulante Hilfen gewähren. Dies sind nach §§ 27 Abs. 3 oder 35a SGB VIII psychologisch Therapien, wozu je nach Bundesland unter anderem Familientherapie, Integrative Lerntherapie oder Gruppentherapie gehören können. Die soziale Gruppenarbeit nach § 29 SGB VIII dient der Förderung emotionaler, kognitiver und sozialer Fähigkeiten und in aktuellen Konfliktsituationen in der Familie kann ein Erziehungsbeistand nach § 30 SGB VIII hilfreich sein (Rabatsch 2011, S. 128f.). Es sind weitere Hilfen nach Katalog vorgesehen, welche ich an dieser Stelle aber nicht weiter ausführen möchte, da der Rahmen dieser Arbeit überdehnt würde. Hilfen außerhalb des vorgesehenen Katalogs sind aber auch möglich, denn § 27 Abs. 2 SGB VIII beinhaltet den Teilsatz: „insbesondere nach Maßgabe der §§ 28 – 35“. Dies bedeutet eine Öffnungsklausel für andere Hilfen nach individueller Eignung im besonderen Einzelfall. Dies könnte zum Beispiel auf die integrative Lerntherapie zutreffen, welche in den meisten Bundesländern nicht zum Katalog gehört

(a.a.O., S.130). Wichtig festzuhalten wäre zuletzt, dass, um nach § 35a SGB VIII die seelische Behinderung oder ihre Bedrohung festzustellen, eine amtsärztliche Begutachtung durch den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (KJPD) erfolgen muss. Diese Begutachtung kann allerdings auch von den Eltern selbst veranlasst werden.

Den Eltern und Kindern/Jugendlichen kann im Idealfall enorme Unterstützung zuteilwerden, allerdings bedarf es eines gewissen Durchsetzungsvermögens und ausreichenden Wissens über mögliche Hilfsangebote und die Rechte der Eltern von Kindern/Jugendlichen mit AD(H)S.

6. Paradoxien im Umgang mit AD(H)S – Ressourcen/Stärken vs. Probleme

Vorab möchte ich festhalten, dass ich auch hier nur einzelne Einblicke erarbeiten kann, da im Umgang mit von AD(H)S betroffenen Kindern/Jugendlichen in der Praxis die verschiedensten Herausforderungen in den unterschiedlichsten Konstellationen auftreten können. Exemplarisch arbeite ich einige Schwierigkeiten heraus, welche im Schulalltag der Kinder/Jugendlichen auftreten können.

Auffällig ist die weit verbreitete defizitäre Sichtweise auf AD(H)S. Man sollte annehmen, dass eine gewisse Varianz zwischen den Individuen als gut empfunden würde, da unsere Gesellschaft arbeitsteilig ist. Manch deviantes Verhalten stößt durchaus auf Bewunderung und Anerkennung in der Gesellschaft, zum Beispiel Bungee-Jumping oder Eis-Baden, obwohl diese Verhaltensweisen keineswegs der Norm entsprechen. Bei AD(H)S allerdings, welches auch mit abweichendem Verhalten einhergeht, mangelt es nach wie vor noch zu oft an Akzeptanz und Verständnis. Seltsamerweise scheinen einem Großteil der Bevölkerung gehandikapte Menschen nur aufzufallen, wenn deren Handicap ersichtlich – im Sinne von zu sehen – ist. Niemand käme auf die Idee, einem Rollstuhlfahrer zu sagen, er solle sich anstrengen und doch bitte einmal aufstehen. Von AD(H)S betroffene Kinder/Jugendliche, denen man ihre Beeinträchtigung nicht ansieht, werden oft mit Forderungen konfrontiert, welche sie nicht oder nur schwer erfüllen können wie zum Beispiel ‘Sitz doch mal still!’. Dieser Aufforderung bei einem bestehenden enormen Bewegungsdrang

bedingt durch Hyperaktivität nachzukommen, ist für betroffene Kinder/Jugendliche schwierig bis unmöglich.

Wiedemann erläuterte die vielseitigen Probleme von Kindern und Jugendlichen, sowohl in der Familie, als auch - und besonders - in der Schule: Kindern/Jugendlichen mit AD(H)S fällt es schwer, für sie uninteressanten Stoff zu lernen, wohingegen die intrinsische Motivation für eigene Ziele sehr hoch ist und sie hyperfokussieren können. Die sonst leicht ablenkbaren Kinder/Jugendlichen können sich bei für sie interessanten Tätigkeiten lange konzentrieren und sind scheinbar durch nichts abgelenkt. Schnell kommt es in solchen Situationen zu Unverständnis, vor allem bei Lehrern. `Du kannst also doch! Warum nicht immer so?` Diese sehr unterschiedlichen Arbeitsweisen der Kinder/Jugendlichen können bei Lehrern, welche sich unzureichend mit den Erscheinungen bei AD(H)S auskennen schnell zu Unverständnis und auch Frust führen, was für die weitere Kommunikation ungünstig ist. Zudem, leiden betroffene Kinder unter Zuschreibungen und negativen Bewertungen, als Folge auf ihr Verhalten, wie zum Beispiel `Der/die will nicht` obwohl die Kinder/Jugendlichen sich bemühen, die ihnen gestellten Aufgaben zu erfüllen. Oft schaffen sie dies aber nicht, da bedingt durch AD(H)S die Aufmerksamkeit beeinträchtigt ist. Betroffene Kinder/Jugendliche reagieren sehr empfindlich auf externe Reize. Sie sind häufig nicht in der Lage, unwichtige Reize auszublenden und von wichtigen zu unterscheiden. Daher sind sie ständig abgelenkt. Im Unterricht kann es sein, dass ein betroffenes/r Kind/Jugendlicher aufspringt, zum Fenster läuft und allen erklärt, dass am Wochenende auch die Feuerwehr bei ihnen in der Nachbarschaft war. Die Mitschüler werden den Kopf schütteln und sich fragen, ob `der/die mal wieder nicht ganz dicht ist...` und auch die Lehrerin wird ungehalten reagieren. Dabei kann es sein, dass in der Ferne ein Feuerwehrauto vorbeigefahren ist, was die anderen Schüler und die Lehrerin wahrscheinlich nicht (wenn, dann eher unbewusst) gehört haben, weil sie unwichtige Reize ausblenden können. Ein „AD(H)S-ler“ kann das nicht. Das Kind/der Jugendliche hat das Geräusch gehört und bedingt durch die Impulsivität sofort reagiert. Durch solche Zwischenfälle ist der Schulalltag erschwert, wodurch sich viele Lehrer überfordert fühlen. Das Verhalten der Kinder/Jugendlichen erscheint oft unlogisch, impulsiv und störend. Somit fällt

es Pädagogen, Lehrern und auch Eltern schwer, die jeweiligen Ursachen für das Verhalten des Kindes/Jugendlichen nachvollziehen zu können, was oft Auslöser für eine Abwärtsspirale ist. Hier wäre es für alle Seiten von Vorteil, wenn den Lehrern die Symptomatik von AD(H)S – inklusive der Begleiterscheinungen – bekannt ist. Viele Reaktionen auf das Verhalten des Kindes/Jugendlichen würden wahrscheinlich milder ausfallen. Zudem könnte man mit dem Wissen über AD(H)S betroffene Kinder/Jugendliche im Schulalltag besser unterstützen. Hilfreich ist beispielsweise, wenn betroffene Kinder/Jugendliche nah beim Lehrer sitzen, also in der ersten oder zweiten Reihe. Das macht es dem Lehrer auch einfacher, das Kind/den Jugendlichen im Auge zu behalten, und gegebenenfalls zu unterstützen. Diese Maßnahme wirkt auch einer gewissen Stigmatisierung durch Mitschüler entgegen. So erspart sich der Lehrer lange Wege zum Kind/Jugendlichen, was auffällig wäre und schnell zu Unterstellungen führen könnte, wie beispielsweise: `Jetzt geht die Lehrerin schon wieder zu dem/der!`. Außerdem benötigt ein Kind/Jugendlicher mit AD(H)S manchmal den direkten Körperkontakt (Außensteuerung), um sich angesprochen zu fühlen. Somit fällt dem Lehrer ein leichtes Berühren der Schulter leichter, wenn das Kind/der Jugendliche in unmittelbarer Nähe zum ihm sitzt. Nicht zuletzt ist für Lehrer auch wichtig zu wissen, dass die Motivation gerade bei Kindern/Jugendlichen mit AD(H)S sprunghaft steigt, wenn sie einen Lehrer mögen. Fühlen diese Kinder/Jugendlichen sich wertgeschätzt – und sie haben ein „seismographisches“ Gespür – kann es durchaus zur Reduzierung der AD(H)S-bedingten Symptomatik kommen, was die zu erbringenden Leistungen verbessern kann. (vgl. Wiedemann 2014)

Bedingt durch ihre mangelnde Konzentrationsfähigkeit können Kinder/Jugendliche mit AD(H)S nicht die Leistung erbringen, zu denen sie kognitiv eigentlich in der Lage sind. Sagt eine Lehrerin zum Beispiel: `Schreibt diesen Aufsatz ab, unterstreicht die Substantive grün, die Verben rot und macht noch eine Tabelle für Adjektive`, kann es sein, dass betroffene Kinder/Jugendliche entweder nur die erste oder nur die letzte Aufgabe erledigen. Das meint: Sie fangen an zu schreiben, vergessen aber die anderen Aufgaben, weil sie diese nicht mehr gehört haben, oder sie fangen an, eine Tabelle aufzumalen, weil sie alles gehört haben, aber die letzte Aufforderung –

quasi der letzte Reiz – für sie am wichtigsten ist. Steht nun aber die Aufgabe nicht an der Tafel, und können diese Kinder/Jugendlichen sich nicht nochmals rückversichern, werden die Leistung und folglich die Note nicht gut ausfallen. Das heißt die Kinder/Jugendlichen werden oft schlechter bewertet, als sie eigentlich sind. Das sorgt natürlich für Unmut, denn die Kinder/Jugendlichen spüren, dass sie mehr wissen, verzweifeln dann aber oft, weil sie ihr Wissen nicht abrufen können. Bei Mädchen, welche von AD(H)S betroffen sind ist die Gefahr hoch, dass sie „vergessen“ werden, da sie häufig internalisieren beziehungsweise „träumen“ und somit ruhig und relativ unauffällig sind. Gibt ein Lehrer die Aufgabe: `Was ist *mehr*, 4x8 oder 5x7?`, kann es sein das Mädchen denkt: `Meer... oh schön...Strand, Sonne, Urlaub.` Das mag im ersten Moment lustig erscheinen, hat aber fatale Folgen für die Bewertung des Mädchens. Festhalten kann man, dass von AD(H)S betroffene Kinder/Jugendliche nur allzu oft sehr weit unter ihren Möglichkeiten bleiben, und das, obwohl sie kognitiv ihren gleichaltrigen Mitschülern in nichts nachstehen. „Die Spannweite der Intelligenz dieser Kinder und Jugendlichen entspricht der von Kindern ohne Aufmerksamkeitsstörungen. Meistens können sie jedoch wegen der oben genannten Beeinträchtigungen ihr Leistungspotential nicht ausschöpfen und erzielen deshalb nicht die ihnen eigentlich möglichen Leistungen“ (Arbeitsgemeinschaft ADHS 2014). Hier gibt es einen enormen Handlungsbedarf, denn: „(w)ird ihnen nicht rechtzeitig geholfen, reagieren sie in ihrer Hilflosigkeit mit Verhaltensauffälligkeiten, Schulversagen, Ängsten, Aggressionen, oppositioneller Verweigerungshaltung oder weiteren Störungen, entsprechend dem Schweregrad ihrer AD(H)S-bedingten Beeinträchtigung. Der Gesellschaft geht dadurch ein großes geistiges Potential verloren und das meist unwiederbringlich“ (Simchen 2012).

Kinder/Jugendliche mit AD(H)S sind laut Wiedemann sehr neugierig, und offen für außergewöhnliche Situationen. Außerdem sind sie begeisterungsfähig und meist sehr kreativ. Das ist eine wichtige Ressource. Diese kann aber meist von den Kindern/Jugendlichen im Unterricht nicht eingesetzt werden, da es zumindest für regelbeschulte Kinder/Jugendliche klare Abläufe und Vorgaben gibt, wie die Unterrichtsstunde ablaufen hat. In den Pausen allerdings wird diesen Kindern/Jugendlichen ihr Neugier und die erwähnte

Begeisterungsfähigkeit oft zum Verhängnis. Überall, wo sozusagen „etwas los ist“, werden diese Kinder/Jugendlichen sein. Es passiert daher oft, dass sie mit negativen Ereignissen in Verbindung gebracht werden, im Sinne von: `War ja klar, dass der wieder dabei ist!`. Schnell entsteht bei den Kindern/Jugendlichen der Eindruck, dass sie der Sündenbock sind, was wiederum mit ihrem Gerechtigkeitssinn nicht vereinbar ist. Folglich kann dies dann negative Reaktionen seitens der Kinder/Jugendlichen hervorrufen, was wiederum auf Ablehnung stößt. Hier wäre es wichtig, die Situation aufzuklären, bevor einem Kind/Jugendlichen die Schuld für irgendeinen Vorfall zugewiesen wird (vgl. Wiedemann 2012).

AD(H)S´ler wechseln oft die Perspektive, gehen nicht auf dem „Trampelpfad“ und entsprechen daher nicht der Norm. (Nebenbei: Kaum ein Mensch entspricht meiner Ansicht nach der gesetzten gesellschaftlichen Norm sondern weicht in irgendeiner Form ab. Gibt es allerdings solche, die versuchen sich absolut normkonform zu verhalten, werden aus meiner Erfahrung selbst diese oft von anderen Personen als „überkorrekte Spießer“ stigmatisiert.) Es ist eine verfahrenere Situation. Kinder/Jugendliche mit AD(H)S werden oft in die Rolle des Außenseiters gedrängt. Abgelehnt zu werden ist eine Erfahrung, die, wird der Teufelskreis nicht durchbrochen, auf Dauer dem Selbstwert der Kinder/Jugendlichen nicht zuträglich ist. Gerade Kinder leiden unter einer solchen Situation sehr. Sie bemühen sich um Akzeptanz, schaffen es aber nicht, weil es ihnen Probleme bereitet, sich in die gesellschaftlich festgelegten Normen einzugliedern. Sie haben immer wieder das Gefühl abgelehnt zu werden, nicht gut genug zu sein beziehungsweise den Erwartungen nicht zu entsprechen. Übersehen werden die oft stark ausgeprägten positiven Stärken der von AD(H)S betroffenen Kinder/Jugendlichen. Sie sind extrem hilfsbereit und sehr sensibel für die Nöte anderer – sie sind sozusagen sozial hoch kompetent. Daher ist es umso dramatischer, dass sie selbst immer wieder „anecken“. Zusammengefasst haben Kinder/Jugendliche mit AD(H)S enorme Schwierigkeiten im Schulalltag, sowohl während des Unterrichts, als auch in den Pausen - vor allem mit Gleichaltrigen.

Das Kinder/Jugendliche mit AD(H)S einer speziellen Förderung und eines sensiblen Umgangs bedürfen ist unstrittig. Daher ist es aus meiner Sicht ein

sehr gutes Zeichen, dass – durch verzweifelte Eltern! - eine erste Schule ins Leben gerufen wurde, welche ihre Konzeption speziell auf diese Kinder zugeschnitten hat: Das Private Gymnasium Esslingen ist das erste staatlich anerkannte Gymnasium, dass Kinder und Jugendliche mit AD(H)S zum Abitur führen kann. „Das pädagogische Konzept des Privaten Gymnasiums Esslingen setzt auf mehreren Ebenen an und erarbeitet mit Eltern und Kindern, aber auch mit Erziehern und Lehrern Wege zur Lösung konkreter problematischer Situationen. Als Grundlage der Arbeit dienen bewährte Methoden aus der Verhaltenstherapie“ (Privates Gymnasium Esslingen 2014).

Die Kinder dieses Gymnasiums äußern im Interview mit dem SWR zusammengefasst, dass sie es auf einer normalen Schule einfach nicht geschafft hätten, weil es unter anderem kein psychologisches Team gab, sie gemobbt wurden und es aufgrund der Klassenstärken - 30 Schüler - auch während Klassenarbeiten unruhig war. Sich zu konzentrieren war nicht möglich. Jetzt – auf dem Gymnasium Esslingen – gibt es ziemlich strenge Regeln, die auf jeden einzelnen zugeschnitten sind. Zudem sind die Klassen klein. Trotz eines langen Schulweges - vier Stunden bei einem Mädchen - , fühlen sie sich wohl und nehmen diesen gern in Kauf (vgl. SWR 2013, Min. 4:38f.).

Der Direktor des Gymnasiums Herr Dahm beschrieb einen ersten Kontakt mit einem seiner Schüler mit Asperger-Syndrom folgendermaßen: Der Schüler hätte mit einer gewissen Traurigkeit in der Stimme gesagt: „Wissen Sie Herr Dahm, ich bin ja hochbegabt, aber es nützt mir nichts. Ich krieg’s einfach nicht hin“ (a.a.O., Min. 19:04f.). Außerdem beschreibt Herr Dahm die Schüler wie folgt: „Die Kinder sind wie ein Formel1-Wagen mit Fahrradreifen. Die Erwartungen sind großartig, ja, das Kind hochmotorisiert. Das Ergebnis ist, es stinkt, es raucht, es macht Lärm und es geht nicht voran. Und genau das ist, wie die Kinder sich fühlen, ja. Und das ist vielleicht auch noch ein ... besonderer Aspekt der ... Kinder, die eine AD(H)S-Störung haben, gepaart mit einer gymnasialen Begabung, dass sie oftmals in einem besonderen Maße über ihre Aussichtslosigkeit reflektieren können. Sie sind intelligent genug, dass sie ihre ... Ausweglosigkeit verstehen können, dass sie das Wollen haben, das Vollbringen aber nicht vermögen. ... Das ist eine große Verzweiflung, die grad bei den Kindern auftritt, und das großes Unglück bei den Kindern oftmals

verursachen kann in ihrer Seele, dass sie merken, da ist eine Neugierde, da ist eine Begabung in mir drin. Ich will's hinkriegen und ich schaff es nicht. Und das schafft oft einen großen Verdruss und eine große Verzweiflung, die dann in große seelische Nöte stürzen kann " (a.a.O., Min. 22:24f.). Die Beschreibung des Herrn Dahm verdeutlicht einmal mehr, wie betroffene Kinder/Jugendliche mit AD(H)S sich fühlen, wird ihr Problem nicht erkannt und nicht sensibel genug mit ihnen umgegangen. Aus meiner Sicht wäre es daher im Sinne betroffener Kinder/Jugendlicher notwendig dafür zu kämpfen, dass das Gymnasium Esslingen für die Zukunft nicht die einzige Schule ihrer Art bleibt.

7. Handlungsansätze für die Soziale Arbeit

Die größte Ressource im Umgang mit Kindern/Jugendlichen, welche von AD(H)S betroffen sind, ist meiner Ansicht nach, das Wissen um die Symptomatik und der daraus resultierende verständnisvollere und souveräne Umgang mit diesen Kindern/Jugendlichen aber auch mit deren Eltern.

Dr. Kabat vel Job ist der Auffassung, das AD(H)S nicht als Krankheit wahrgenommen werden, sondern vielmehr als Form der Wahrnehmung und des Denkens aufgefasst werden sollte, die Stärken und Schwächen mit sich bringt. Seiner Meinung nach ist es notwendig, das defizitäre Gesellschaftsbild auf AD(H)S zu ändern (vgl. Dr. vel Job 2014). Hier sehe ich unter anderem eine Aufgabe der Sozialen Arbeit. Es besteht ein enormer Aufklärungsbedarf der Gesellschaft. Die Recherchen zum Thema haben mir gezeigt, dass in der Öffentlichkeit oft ein verzerrtes, ja sogar falsches und sehr defizitäres Bild von AD(H)S verbreitet wird. Eine Ursache dafür sehe ich in den Veröffentlichungen mancher Medien, die sensationsträchtig schreiben (müssen), somit extreme Fälle als Normalzustand darstellen, indem sie Verallgemeinerungen einsetzen, und sinnzusammenhangslos empirische Ergebnisse veröffentlichen und somit oft ein falsches Bild zu AD(H)S vermitteln. Hier muss die Soziale Arbeit gegensteuern und versuchen AD(H)S mit all seinen Begleiterscheinungen realistisch darzustellen, die Unmenge an Informationen zum Thema bündeln und transparent vermitteln.

Da ich oben exemplarisch einige Schwierigkeiten im Schulalltag der betroffenen Kinder und Jugendlichen beschrieben habe, werde ich auch an dieser Stelle lediglich Handlungsansätze für die Schulsozialarbeit herausarbeiten.

Ich erachte es als notwendig - im professionellen Umgang mit AD(H)S - die Eltern, die Lehrer und je nach Alter auch die betroffenen Kinder und Jugendlichen bei Bedarf möglichst fachlich aufzuklären. Das setzt natürlich eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema voraus. Eine Aufgabe der Sozialen Arbeit sehe ich darin, die oft lange Kette an negativen Erfahrungen der Kinder/Jugendlichen und auch der Eltern zu durchbrechen und sie zu stärken. Denn oft fühlen diese sich hilflos und ausgeliefert – sowohl in manchem Kampf mit der Schule, als auch dem Umfeld, sowie mit einigen Behörden. AD(H)S geht oft mit Rechtfertigungen der Eltern einher und mit dem Bemühen um Akzeptanz und Verstehen ihrer Kinder/Jugendlichen und auch der Eltern selbst mit all den zu treffenden Entscheidungen. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Eltern ist daher ein wichtiger Aspekt in der Arbeit mit von AD(H)S betroffenen Kindern/Jugendlichen. Voraussetzung dafür ist unter anderem deren aktive Mitarbeit. Zur Beratung gehört auch, die Eltern über ihre Rechte aufzuklären, wenn es um die Durchsetzung von Hilfsansprüchen bei diagnostizierter AD(H)S geht. Allein das Wissen über diese stärkt die Eltern und nimmt ihnen das Gefühl des Ausgeliefertseins. Wertschätzend müssen Probleme besprochen und Lösungsmöglichkeiten erarbeitet werden. Dies können auch durch Netzwerkarbeit und Kooperation vermittelte externe Hilfen sein, denn die Handlungsfähigkeit der Schulsozialarbeit ist begrenzt.

Den Lehrkräften kommt im System Schule die Aufgabe zu, Kinder und Jugendliche zu unterrichten, notfalls zu sanktionieren und nach ihren kognitiven Fähigkeiten zu selektieren. Die Klassen sind oft groß, der Lehrermangel unstrittig und die Vorgaben des Lehrplanes streng. Dadurch bleibt den Lehrern wenig Zeit, sich noch um persönliche Probleme einzelner Kinder und Jugendlicher zu kümmern. Die Kinder/Jugendlichen selbst bedürfen aber in ihrem oft als belastend empfundenen Alltag Verständnis, Unterstützung und Begleitung. Hier ist die Schulsozialarbeit, als niederschwelliges Hilfsangebot sehr wichtig, denn Sie kann nah am Kind/Jugendlichen und für das Kind/den Jugendlichen spezielle Förderarrangements in der Schule beispielsweise über

den Nachteilsausgleich realisieren. Das setzt allerdings eine gute Kooperation mit Lehrern und Schulleitung in gemeinsamer Verantwortung, sowie dem Wissen über schulrechtliche Rahmenbedingungen voraus.

Wichtig in der Zusammenarbeit mit dem Kind/Jugendlichen ist, dessen positive Selbstwahrnehmung zu fördern. Dies lässt sich oft mit der Übertragung verantwortungsvoller Aufgaben umsetzen. Das Kind/der Jugendliche fühlt sich dadurch ernst genommen, und hat das Gefühl, wichtig zu sein. Positive Erlebnisse sollten wiederholt geschaffen werden. Dem Kind/Jugendlichen muss zudem klar sein, dass es/er in dem/der Schulsozialarbeiter_in eine/n Ansprechpartner_in hat, der/die sich für seine Belange einsetzt und diese auch versteht.

Kommt es zu akuten Krisen eines Schülers beispielsweise mit Schülern oder Lehrern, kann die Schulsozialarbeit nah am Kind intervenieren. Sie hat hier eine Schnittstellenfunktion, denn, sie kann das Kind/den Jugendlichen individuell unterstützen, die Lehrkräfte im Hinblick auf den betroffenen Schüler beraten oder mit Mitschüler Verhaltensregeln im Umgang mit dem betroffenen Kind/Jugendlichen aushandeln. Das setzt natürlich eine gewisse Moderationsfähigkeit und Verständnis für die Belange aller Beteiligten voraus. Nichts desto trotz sollte die Schulsozialarbeit anwaltschaftlich für das betroffene Kind handeln und die Sichtweisen des Schülers gegenüber Mitschülern und der Schule vertreten.

Bei Elternabenden kann es Aufgabe der Schulsozialarbeit sein, anderen Eltern - deren Kinder von einem betroffenen Kind/Jugendlichen geschädigt wurden oder sich ständig gestört fühlen – ohne die Verletzung der Vertraulichkeit die Probleme des betroffenen Kindes/Jugendlichen transparent zu machen. Durch eine solche Vermittlungsarbeit können Optionen zur Bearbeitung von Konflikten erarbeitet werden, die durch das für Mitschüler störende Verhalten durch von AD(H)S betroffene Kinder entstehen. In der Praxis ist dieser Ansatz sicherlich schwierig umzusetzen, denn er setzt Verständnis seitens der Eltern – auch der Eltern geschädigter Kinder – voraus. Alle Eltern mit diesem Anliegen zu erreichen stelle ich mir schwierig vor. Daher erachte ich es als sinnvoll, sich

dieser Aufgabe mit einem Fachmann an der Seite zu stellen, welchen man von extern einladen kann.

Die Schulleitung und die Lehrkräfte können durch Weiterbildungen, welche die Schulsozialarbeit zum Thema AD(H)S durchaus anbieten kann, sensibilisiert werden. Das kann für Lehrer hilfreich sein, um zukünftige Konflikte souverän zu lösen oder um mit Verhaltensauffälligkeiten besser umgehen zu können. Auch kann das vermittelte Wissen um die Ursachen des manchmal diffusen Verhaltens betroffener Kinder/Jugendlichen hilfreich sein, um mit den Lehrern eine Durchbrechung ungünstiger Kommunikationsmuster zu erarbeiten. Wichtig ist es, Kinder mit AD(H)S verstehen zu lernen und zu fördern. Die positiven Eigenschaften der betroffenen Kinder und Jugendlichen lassen sich geschickt einsetzen und können zu einer deutlichen Verbesserung der Atmosphäre im Klassenzimmer führen. Wie oben schon einmal erwähnt, arbeiten diese Kinder für Lehrer, die sie mögen sehr motiviert. Wichtig ist, dass sie von diesen wertgeschätzt werden.

Wie oben schon angemerkt, ist die Handlungsfähigkeit der Schulsozialarbeit begrenzt. Hier ist es wichtig, in der Arbeit mit von AD(H)S betroffenen Kindern/Jugendlichen, bestehende Grenzen zu erkennen und gegebenenfalls mit externen Einrichtungen oder der Jugendhilfe zu kooperieren. Auch eine regelmäßige Reflexion des Handelns als Schulsozialarbeiter_in ist Voraussetzung für eine erfolgreiche, am Kind/Jugendlichen orientierte Arbeit.

8. Fazit

Es ist offensichtlich, dass AD(H)S in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus der Öffentlichkeit geraten ist. Bei der Bearbeitung dieses Themas ist mir aufgefallen, dass es enorm schwierig ist, sich in dieser Fülle an Informationen zu AD(H)S einen fachlichen und empirisch fundierten Überblick zu verschaffen, da ich auf eine Unmenge an für mich nützlichen oder weniger nützlichen Informationen zugreifen konnte. Die Palette fächert sich breit. Von empirisch belegten Veröffentlichungen, über auf Ressourcen orientierte Berichte bis hin zu Publikationen zur Verantwortungslosigkeit und Erziehungsunfähigkeit der Eltern und dem Versagen unseres Schulsystems findet sich alles zum Thema.

Daher ist für mich nicht verwunderlich, wenn hilfeschuchende Eltern durch diese Menge an Ratschlägen und Standpunkten zu AD(H)S zunehmend verunsichert sind und sich ausgeliefert fühlen (vgl. Anhang 3).

Ein Ziel meiner Arbeit war es, Veröffentlichungen zum Thema AD(H)S auf Haltbarkeit zu überprüfen und diese aktuellen Forschungsergebnissen gegenüberzustellen, um so das derzeitige Bild zu AD(H)S fachlich und sachlich darstellen zu können, jenseits jeden Hypes. Es ist mir gelungen einige von mir ausgewählte Standpunkte zum Thema zu widerlegen. Zudem habe ich mögliche Handlungsansätze im Umgang mit betroffenen Kindern/Jugendlichen und deren Eltern bezüglich der Schulproblematik erarbeitet. Denn die Schule ist neben dem Elternhaus die Institution mit dem größten Einfluss auf das Kind/den Jugendlichen und somit ebenso in der Verantwortung für deren gesunde Entwicklung.

Die Entscheidung, im Rahmen der Bachelorarbeit das Thema AD(H)S zu bearbeiten, stellt sich für mich im Nachhinein als etwas ungünstig heraus. Gern hätte ich an einigen Stellen besondere Schwerpunkte intensiver herausgearbeitet, was mir aber aufgrund eines vorgegebenen Rahmens nicht möglich war. Dennoch bin ich bei der Bearbeitung des Themas auf interessante Fakten gestoßen.

Bei den Recherchen zu AD(H)S ergaben sich für mich teilweise überraschende Ergebnisse. Veröffentlichungen - beispielsweise einiger Krankenkassen - zu einer steigenden Diagnosehäufigkeit von AD(H)S bei Kindern und Jugendlichen, konnten meiner Überprüfung nicht standhalten. Es wird im Vergleich zu den Vorjahren nicht signifikant häufiger AD(H)S bei Kindern diagnostiziert, wohl aber wird vermehrt zum Thema in der Öffentlichkeit diskutiert. Diese Tatsachen sollten streng voneinander getrennt werden.

Die hitzigen Debatten zu Fehldiagnosen von AD(H)S konnte ich nicht gänzlich widerlegen. Es gibt Hinweise auf eine tendenzielle Vergabe von Fehldiagnosen von AD(H)S bei Kindern und Jugendlichen aufgrund des Einsatzes von Heuristiken der Diagnostiker. Demgegenüber stehen medizinische Gründe, die es manchen Ärzten unumgänglich erscheinen lassen - im Sinne des Kindes - eine „falsche“ Diagnose zu stellen, da diese erst einen Zugang zu

Hilfesystemen ermöglicht. Aus meiner Sicht ist dieses Ergebnis eine Grundlage für eine neue, intensive empirische Auseinandersetzung zu Fehldiagnosen bei AD(H)S.

Der in meiner Wahrnehmung schärfste Diskurs wird zurzeit zur medikamentösen Behandlung von AD(H)S geführt. Befürworter von Ritalin preisen das Medikament an und betonen die gute Wirksamkeit, wohingegen die Gegner vor nicht absehbaren Langzeitfolgen warnen und Ärzte sowie Eltern teilweise verurteilen, indem sie ihnen Verantwortungslosigkeit oder Bequemlichkeit unterstellen, bekommen die betroffenen Kinder Ritalin. Fakt ist, dass der Verbrauch an Psychostimulanzien seit 2012 tendenziell abgenommen hat. Was die genauen Ursachen hierfür sind, konnte ich leider nicht belegen. Das Bewusstsein hat sich zumindest dahingehend verändert, dass Methylphenidat durch Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses nur noch von Spezialisten und nicht mehr auch von Kinderärzten verschrieben werden darf. Die oft abwertend beurteilte, ausschließliche Gabe von Medikamenten sehe ich nicht in der Verantwortungslosigkeit von Eltern oder Ärzten, sondern ursächlich hierfür ist aus meiner Sicht ein anderes Problem: Die Versorgungsstrukturen der Therapiemöglichkeiten scheinen nicht in allen Fällen ausreichend ausgebaut, so dass es durchaus zur Behandlung von AD(H)S mit Medikamenten kommt, ohne andere Maßnahmen durchgeführt zu haben. Dies ist ein Versuch, den Leidensdruck der betroffenen Kinder/Jugendlichen und deren Eltern zu minimieren beziehungsweise akute Krisen zu meistern. Das dieser unglückliche Zustand auf Dauer – hin zu ausreichend Durchführungsmöglichkeiten einer empfohlenen Therapie - geändert werden muss, steht für mich außer Frage, denn es kann nicht sein, dass eine indizierte und an den Leitlinien orientierte Behandlung von AD(H)S bei Kindern und Jugendlichen an fehlenden Therapiemöglichkeiten scheitert.

Im Sinne der Ressourcenorientierung habe ich einige Rechte der Eltern von betroffenen Kindern und Jugendlichen und mögliche Handlungsansätze der Sozialen Arbeit am Beispiel der Schulsozialarbeit herausgearbeitet, welche allerdings nicht als abschließend zu betrachten sind. Diese können zur Stärkung der Eltern und zum besseren Umgang mit betroffenen Kindern und Jugendlichen hilfreich sein. Eltern sehen sich nach einem oft jahrelangen

schweren Weg im Kampf um ihr Kind einer gewissen Aussichtslosigkeit gegenüber. Die Aufgabe der Sozialen Arbeit sehe ich hier in der Unterbrechung dieser oft langen Kette an negativen Erfahrungen, der Unterstützung der Eltern sowie der betroffenen Kinder, der fachlichen Aufklärung sowie der Kooperation und Netzwerkarbeit mit möglichen Hilfesystemen von außen. Der defizitäre Blick auf AD(H)S muss verkehrt werden, in einen akzeptierenden, auf Unterstützung gerichteten Blick auf Betroffene und deren Familien. Unter anderem mit Hilfe einer engagierten und über das Thema gut informierten Schulsozialarbeit kann es gelingen, Eltern zu unterstützen und Kinder/Jugendliche auf ihrem Weg ins Erwachsenenleben gut zu begleiten und sie entsprechend ihrer Fähigkeiten zu fördern.

„Es wird uns nicht gelingen, jeden zu retten, aber es lohnt sich, um diese Kinder zu kämpfen!“ (vgl. Wiedemann 2014).

Anlagen

Anlage 1

ADHS aus der Sicht einer Kinderärztin

- Praktisches Vorgehen in meiner Praxis -

Nach einer Information der Eltern über das ADS, seine Symptome und die Therapie von etwa zwei Stunden, die ich inzwischen als Vortrag zweimal monatlich anbiete, stelle ich aufgrund des Fragebogens nach Just, der Erhebung der Vorgeschichte, eines psychiatrischen Status und meines persönlichen Eindrucks die Verdachtsdiagnose ADS.

Nach einer Ganzkörperuntersuchung mit Größe, Gewicht und Blutdruck, einer Blutentnahme zur Bestimmung verschiedener Parameter (darunter großes Blutbild, Leberenzyme, Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit, Eisen, Harnstoff, Kreatinin und mehrere Schilddrüsenwerte) empfehle ich den Eltern eine Therapie, je nach Befund entweder mit Stimulanzien oder Antidepressiva. Die früher durchgeführten Testuntersuchungen (Intelligenztests, Telleistungsschwächentests, Testuntersuchungen zur Prüfung der Aufmerksamkeit) führe ich nicht mehr routinemäßig durch, da sie für die Diagnose nur wenig Relevanz haben und sie die Aufmerksamkeitsstörung in einem nicht definierbaren Ausmass mit messen und somit die Ergebnisse verfälschen. Erst unter einer optimalen Einstellung mit Stimulanzien setze ich sie ein, falls die Kinder auch weiterhin deutliche Leistungsprobleme in der Schule haben. Nach den Ergebnissen richten sich dann die Empfehlungen für weitere Therapien wie Ergotherapie, Lese-Rechtschreibkurse, Heilpädagogik oder Psychomotorik. Eine Psychotherapie empfehle ich, wenn sich die Verhaltensauffälligkeiten trotz optimaler medikamentöser Einstellung nicht verloren haben.

Werden die Kinder mit Stimulanzien oder Antidepressiva behandelt, so sollte nach spätestens sechs Monaten eine Kontrolluntersuchung erfolgen, mit all den bei der Eingangsuntersuchung erfassten Parametern, da diese Medikamente in seltenen Fällen auch Blutbildveränderungen verursachen können, die jedoch nach Absetzen des Medikaments reversibel sind.

Therapie

Allgemeine Gesichtspunkte

Das Mittel der ersten Wahl sind Medikamente, die das gestörte Botenstoffsystem verbessern oder normalisieren. Die medikamentöse Behandlung ist die Voraussetzung für alle weiteren möglichen oder erforderlichen Therapien. Auch eine psychotherapeutische Behandlung als erste Maßnahme ist sinnlos, da sie die Störung im Botenstoffsystem, die die Ursache für alle Symptome der betroffenen Kinder ist, nicht beseitigen kann, was durch Untersuchungen in den USA bewiesen werden konnte. Als Begleitbehandlung ist sie jedoch oft erforderlich und kann dann viel Gutes leisten. Auch Ergotherapie, Logopädie und Heilpädagogik sind wichtige zusätzliche Therapien, um die schon entstandenen Defizite zu beheben.

Das ADS beeinträchtigt alle Lebensbereiche, weswegen die Therapie diese auch abdecken muss. Die in Deutschland übliche Behandlung mit zwei Dosen Methylphenidat (Medikinet, Ritalin), das aufgrund seiner Halbwertszeit von zwei bis vier Stunden im Schnitt nur etwa drei Stunden wirkt, ist kaum zu verstehen. Die erste Dosis am Morgen reicht dann etwa bis 11.00 Uhr, die zweite Dosis am Nachmittag in der Regel gerade für die Hausaufgaben. Die übrige Zeit ist das Kind dann teilweise noch verhaltensauffälliger als zuvor und nicht in der Lage, stabile soziale Beziehungen und Bindungen in der Familie und im Freundeskreis aufzubauen, die für ein gutes Selbstwertgefühl wichtiger sind als gute Schulleistungen und die sehr viel besser in der Lage sind, einer später drohenden Drogenabhängigkeit oder Kriminalität vorzubeugen.

Betroffene sollten auch erfahren, dass das medikamentös nicht behandelte ADS später häufig zu Drogen- und Alkoholabhängigkeit und zu kriminellem Verhalten führt. Nach Barkley (1990, 1991) entwickeln 60 Prozent aller unbehandelten hyperaktiven Jungen später aufsässiges und dissoziales Verhalten, sie weisen Schulleistungsstörungen auf und haben Konflikte in der Familie. Die New-York-Studie, Manuzza (1989, 1990, 1991) konnte zeigen, dass Hyperaktive im Erwachsenenalter in bis zu 27 Prozent aller Fälle ein gestörtes Sozialverhalten mit Straffälligkeit zeigen und in 16 Prozent zu Drogenabusus neigen. Aber auch diejenigen, die ihr Leben meistern, leiden

später sehr häufig unter Depressionen mit erhöhter Suicidgefahr. Außerdem besteht für Kinder mit einem ADS eine massiv erhöhte Unfallgefährdung. Nach einer Untersuchung von Grützmaker (2001) sind neun von zehn Kindern, die im Straßenverkehr verunfallen, Kinder mit einem ADS. In der Todesstatistik dieses Lebensalters stehen Unfälle an erster Stelle, sodass der Schluss zulässig ist, dass das ADS durch die hohe Unfällegefährdung in der Todesstatistik an erster Stelle steht. Außerdem sollten Eltern wissen, dass unbehandelte ADS-Kinder in der Regel einen Schulabschluss machen, der ein bis zwei Schulstufen unter ihrem Können liegt.

Medikamentöse Therapie

Die Behandlung mit Stimulanzien ist das Mittel der Wahl bei der Therapie des ADS.

Es handelt sich dabei um Aufputschmittel, die die verminderten Botenstoffe im Gehirn anheben oder normalisieren und damit die Informationsflut eindämmen und die Kinder beruhigen. Dieser Mechanismus erklärt die als paradox imponierende Wirkung der Stimulanzien. Die Medikation sollte den gesamten Tag umfassen und auch am Wochenende und in den Ferien nicht ausgesetzt werden, um eine normale soziale Entwicklung zu ermöglichen. Methylphenidat (Medikinet R, Ritalin R) muss wegen seiner kurzen Halbwertszeit von zwei bis vier Stunden daher drei- bis fünfmal täglich zugeführt werden, damit eine gleichmäßige Wirkung über den ganzen Tag gewährleistet ist. Maximal können Kinder eine Dosis von 1 mg pro Kilogramm Körpergewicht und Tag bekommen. Bei Kindern, die kein ADS haben, kommt es unter Stimulanzien zu einer Vermehrung der stimulierenden Transmitter und damit künstlich zu den Symptomen eines hyperaktiven ADS mit Unruhe, Konzentrationsstörungen, Aggressivität, Impulsivität und Ideenflucht. Daher ist es nicht möglich, wie immer wieder behauptet wird, die Schulleistungen von Kindern, die nicht an einem ADS leiden, mit Stimulanzien zu verbessern. Die Nebenwirkungen des Medikaments wären bei diesen Kindern so stark, dass die Eltern es schon nach kurzer Zeit absetzen würden. Außerdem würden die Kinder das Medikament verweigern, da sie sich aufgeputscht, unruhig und zitterig fühlen.

Ich beginne bei allen Patienten mit sehr kleinen Dosen, die vier- bis fünfmal täglich gegeben werden und baue dann die Therapie über Wochen auf.

In der Produktinformation werden eine Unmenge möglicher Nebenwirkungen aufgeführt. Dies geschieht weniger zur Information des Patienten, sondern vorwiegend aus juristischen Gründen. Nach Trott (2000) ist kein anderes Medikament so gut und solide beforscht wie Methylphenidat. Außerdem werden in den USA sechs bis acht Prozent aller Kinder und Jugendlichen mit Stimulanzien behandelt. Wären die Nebenwirkungen gravierend, so würde in den USA kaum ein Arzt Stimulanzien verordnen, da er sonst Regressforderungen in Millionenhöhe riskieren würde. Ein weiteres Indiz für die gute Verträglichkeit ist die Tatsache, dass in den USA zum Teil bis zu 7,5 mg/kg/KG gegeben werden (Keßler, 1996), also 7,5-mal mehr als unsere Maximaldosierung ausmacht. Nach Trott kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass Methylphenidat in mittleren Dosierungen (bis 1 mg/Kg/die) kaum Nebenwirkungen verursacht.

Anmerkung der Redaktion:

Aufgrund zahlreicher Leserzuschriften weisen wir darauf, dass die Beiträge im Online-Familienhandbuch die Meinung der jeweiligen Autoren wiedergeben. Sie spiegeln nicht unbedingt die Meinung von Herausgebern und Redaktion wider. (vgl. Spallek, R. 2011)

Anlage 2

Ich bin ein Zombie, und ich lerne wie eine Maschine

Ritalin macht leistungsfähig. Experten sagen, das Medikament sei eine Gefahr für die Gesundheit und unser Bildungssystem. Ein Selbstversuch

- 5 Ritalin macht leistungsfähig. Experten sagen, das Medikament sei eine Gefahr für die Gesundheit und unser Bildungssystem. Ein Selbstversuch

Das erste Mal in meinem Leben nahm ich Ritalin mit 17. Ich war Austauschschüler in Washington , D. C., und Adam, mein Gastbruder, hatte die Pillen besorgt. Wir zerstampften sie mit einem Gewürzmörser aus der Küche
10 und zogen das Pulver mit einer Zehndollarnote durch die Nase, das Bild von Alexander Hamilton hatte danach ein kleines Hitler-Bärtchen aus Staub.

Adam sprang auf, schrie: *Look! It's Adolf Hamilton* und fiel über den Mülleimer auf den Boden. Es war die Nacht, in der wir später mit Fahrrädern durch Washington fuhren und Güterzüge mit Graffiti besprühten. Wir flohen schließlich
15 vor der Polizei, dann lag ich im Bett mit weit aufgerissenen Augen, unfähig, einzuschlafen. Mein Herz schlug hart und schnell, meine Augen sprangen sinnlos von einer Ecke zur anderen, ich schwitzte; es war ein Scheißgefühl. Ich wollte nie wieder synthetische Drogen nehmen. Auch nicht Ritalin.

Das zweite Mal in meinem Leben nahm ich Ritalin vor ein paar Wochen,
20 nachdem ich einen Artikel in der Zeitung gelesen hatte. Dort stand, Ritalin sei die neue Modedroge unter Studenten – viele nahmen es, weil sie sich damit besser konzentrieren könnten. In Amerika sei jeder vierte Student und sogar jeder fünfte Professor auf der Pille, für Deutschland seien noch keine Zahlen bekannt. Der Artikel klang wie ein Enthüllungsbericht von der Tour de France.

25 Konzentrationsprobleme. Kenne ich. Ich studiere Philosophie, und wenn ich in der Bibliothek sitze und Fachliteratur lese, überkommt mich manchmal diese Müdigkeit. Ich sitze vor den Büchern, aber die Wörter ergeben keinen Sinn als würde ich sie vorlesen, mir selbst aber nicht zuhören. Mein Kopf knüpft derweil Assoziationsketten, die ich nicht stoppen kann: Ich schaue aus dem Fenster,
30 sehe einen Gärtner, der einen Baum schneidet, und ich frage mich, ob seine

Säge nicht zu klein ist, was mich daran erinnert, dass ich die Zimmerpflanze schneiden wollte, die zu Hause auf dem Tisch steht, auf dem der Brief liegt, auf den ich einen Kaffeeleck gemacht habe, den ich ja noch zur Post... – apropos Kaffee: Ob ich mal eine Pause machen sollte? – Nein, stopp. Ich muss lernen!

- 35 Diese Konfusion hat mein Studium zu einem Kampf gegen mich selbst gemacht. Gewinnen kann ich ihn nicht. Manchmal liege ich eine halbe Stunde mit dem Kopf auf meinen Büchern, starre geradeaus und bewege mich nicht.

Natürlich ließe sich das Versagen psychologisch begründen: Ich spüre den Druck, im Studium zu brillieren, um auf dem Arbeitsmarkt eine Chance zu
40 haben – und es ist dieser Druck, der mich blockiert. Um zu brillieren, müsste ich den Druck loswerden. Ich brauche Stille in meinem Kopf. Ich muss dieses Hintergrundrauschen aus meinem Hirn drängen, wenigstens bis zu meinen Abschlussprüfungen in drei Wochen.

Wenn Ritalin mir dabei helfen kann, dann will ich es sofort haben. Nur für einen
45 Selbstversuch. Natürlich. Ich besorge mir eine Packung über einen Freund, dessen Vater Arzt ist – eine orangefarbene Pappschachtel, mit eingestanzter Blindenschrift und den großen Buchstaben: RITALIN, 10 mg. Der Beipackzettel hat etwa die Größe einer DIN-A4-Seite. Das Wort "Tod" kommt häufiger vor:
50 "Der Missbrauch von Stimulanzien des Zentralnervensystems kann zu plötzlichem Tod und anderen ernstesten Nebenwirkungen am Herz-Kreislauf-System führen." Sollte ich vielleicht doch mit einem Arzt oder Apotheker sprechen? Ich rufe Gerald Hüther an, Professor für Neurobiologie an der Psychiatrischen Uni-Klinik Göttingen .

– Wie hoch sind die körperlichen Risiken tatsächlich, Herr Hüther?

- 55 – "Sie betrachten das Problem falsch, nämlich rein medizinisch. Ich frage Sie: Was kann man sich selbst Schlimmeres antun, als sich so zu funktionalisieren? Als sich zum Sklaven dieses Bildungssystems zu machen?"

– Ja, schon, aber was sagen Sie jemandem, der antwortet: Lieber ein Sklave mit 1,0 als ein freier Mensch, der durch die Prüfung fällt?

60 – "Ich sage ihm: Wenn man anfängt, seine Affekte mit einer Pille zu kontrollieren, ist man kein Mensch mehr. Dann ist man ein Roboter."

Hüther erklärt mir, dass Ritalin eigentlich nichts anderes ist als Kokain, nur in geringerer Dosis. Deshalb fällt Ritalin in Deutschland unter das Betäubungsmittelgesetz; nur wer ein ärztliches Rezept hat, kann es straffrei in
65 der Apotheke kaufen. Die Tablette wirkt als sogenannter Dopamin-Wiederaufnahme-Hemmer, sie senkt den Dopaminspiegel in den Nervenzellen. Dopamin ist ein Botenstoff, der unsere Impulse verstärkt.

Wer zu viel davon hat, wird zum Opfer seiner eigenen Impulse, ständig abgelenkt von Ideen und Geistesblitzen. Menschen mit niedrigem
70 Dopaminspiegel hingegen funktionieren automatisch, fokussiert auf eine einzige Tätigkeit. Deshalb gibt man hyperaktiven Kindern Ritalin, damit sie in der Schule still sitzen und sich auf den Unterricht konzentrieren. Eltern mögen das Medikament: Zwischen 1993 und 2003 ist die Zahl der Ritalin-Verschreibungen weltweit um rund 270 Prozent gestiegen.

75 – Aber was sind denn nun wirklich die Nebenwirkungen, Herr Hüther?

– "Sie haben auf nichts mehr Lust, Ihre ganze Emotionalität und Affektivität ist zgedröhnt. Sie empfinden keine Neugier, kein Bedürfnis nach menschlichen Bindungen und sind weniger kreativ. Deshalb nehmen eher BWL- und Medizinstudenten Ritalin, weil dort weniger Kreativität verlangt wird."

80 – Meinen Sie, man sollte davor warnen? – "Unbedingt! Wer früh Ritalin nimmt, lernt nicht, seine Affekte zu kontrollieren, denn er hat keine mehr. Ohne Pille ist er praktisch lebensunfähig."

Ein letzter Satz von Hüther geht mir noch Tage später im Kopf herum: "Ritalin ist die Droge für die Pflichterfüller-Generation." Es ist etwas Wahres daran: In
85 den Siebzigern nahm man LSD, um dem Muff der Nachkriegszeit zu entkommen. In den Achtzigern nahm man Kokain, um sich trotz Pershing-II-Raketen gut zu fühlen. In den Neunzigern nahm man freitags Ecstasy-Pillen, um bis montags zu tanzen. Es waren Spaßdrogen, mit denen die Jugend gegen die Erwartungen der Gesellschaft rebellierte. Heute nehmen Studenten Ritalin,

90 weil es ihnen hilft, sich den Erwartungen der Gesellschaft anzupassen. Sie sind die erste Generation, die eine Vernunftdroge konsumiert. Eine traurige Droge, ein Armutszeugnis. Einerseits.

Andererseits: Wenn es für gesunde Körper nicht gefährlich ist – was spricht dagegen? Ich stehe kurz vor meinen Abschlussprüfungen, das hier ist, mit
95 Verlaub, *mein* Ernstfall. Was interessiert mich die Befindlichkeit meiner Generation? Ich will nicht rebellieren, ich will einen Arbeitsplatz in Zeiten einer weltweiten Rezession. Wenn Roboter bessere Noten kriegen, dann bitte sehr, dann will ich Roboter sein!

Ich nehme also eine Pille, erst einmal zu Hause. Keine Viertelstunde, und
100 meine Umgebung wird leicht heruntergefahren; ein Gefühl wie der Dämmerzustand frühmorgens, wie die konzentrierte Ruhe nach einem langen Kinobesuch. Die Dinge entwickeln eine seltsame Singularität: Ich sitze auf meinem Sofa und lese. Nach einer Weile merke ich, dass der Fernseher auf voller Lautstärke läuft – ich hatte ihn gar nicht gehört. Ich vergesse nicht, was
105 um mich herum geschieht, es interessiert mich nur nicht mehr. Ich sehe die Dinge einzeln, eines nach dem anderen. Andere Drogen bewirken einen Rausch, Ritalin macht sehr nüchtern.

Der nächste Tag in der Bibliothek ist ein großer Erfolg. Ritalin ist kein Wundermittel, es stärkt nicht meine Arbeitsmoral, aber zumindest lenkt mich
110 nichts mehr ab. Ich schaue nicht aus dem Fenster. Läuft jemand in der Bibliothek an meinem Tisch vorbei, dann blicke ich nicht auf, sondern starre eisern auf die Buchseiten. Ich arbeite konzentriert drei, vier Stunden lang. Ich vergesse den Druck, den Gärtner, den Kaffee.

Mittags dann stehe ich in der Mensa und überlege, auf welches Menü ich Lust
115 habe – und ich weiß es nicht. Ich wähle zufällig eines aus und stochere lustlos darin herum, das Ritalin hemmt meinen Appetit. Dann nehme ich wieder eine Pille und gehe zurück in die Bibliothek. Ja, ich bin ein Zombie, aber ein Zombie, der lernt wie eine Maschine.

Es gefällt mir. Nur meine Freunde beobachten mich jeden Tag misstrauischer.

120 Manche von ihnen sind konservativ, sie besuchen Vorlesungen in Hemd und Jackett und betrachten Drogensüchtige in der Fußgängerzone wie Anomalien im Raum-Zeit-Gefüge. Sie sagen, ich sei so anders in letzter Zeit: lebhafter, aggressiver und etwas anstrengend. Das stimmt. Ich trete Geldautomaten, die mir zu langsam sind, und fluche über vergessliche Kellner im Café.

125 Schließlich beichte ich meinen Freunden die Sache mit dem Ritalin und erwarte Vorwürfe. Stattdessen fragen sie, ob ich ihnen etwas abgebe. Nein, sage ich, ich will nicht, dass ihr Pillen nehmt! Sie sagen: Du machst es auch! Ich: Das ist etwas anderes, das ist ein Selbstversuch! Außerdem habe ich nur noch 20 Tabletten übrig, das muss reichen bis zur letzten Prüfung – aber das sage ich
130 nicht, das denke ich nur. Spätabends bekomme ich eine SMS, ich weiß nicht, ob sie lustig gemeint ist: "Freund, bitte, ich brauche auch Ritalin, Geld spielt keine Rolle!" Vielleicht sind wir alle verzweifelter, als wir zugeben wollen.

Ganz abgesehen von den Nebenwirkungen: Es gibt eine zweite Frage, über die ich in diesen Tagen immer wieder nachdenke. Eine moralische. Klausuren sind
135 Konkurrenzkämpfe, es geht darum, sich mit den Kommilitonen zu messen. Noten orientieren sich selten an einem objektiven Maßstab, sondern an der Leistung des Besten, der Einkommanull. Was, wenn ich die beste Klausur schreibe? Verzerre ich den Notenspiegel? Macht mich das zu einem Dopingsünder, zu einem, sagen wir, Lance Armstrong der Wissenschaft?

140 Ich frage den Frankfurter Moralphilosophen Marcus Willaschek. "Es gibt einen Unterschied zwischen Sport und Wissenschaft", sagt er. "In der Wissenschaft geht es nicht um das Gewinnen, sondern um Erkenntnis. Jemand, der dopt, nutzt also der Wissenschaft, weil er die gemeinsame Sache voranbringt. Anders ist es in Prüfungen, weil Noten nach der durchschnittlich erwartbaren Leistung
145 vergeben werden. Wenn Prüfungskandidaten dopen, verschlechtern sich mittelfristig die Noten derjenigen, die nicht dopen. Das ist ähnlich unfair wie im Sport."

Da hat er recht. Nur: Kann ich es mir leisten, mich daran zu halten? Kann ich meinen Kommilitonen trauen? Sie würden an meiner Stelle dasselbe tun, oder?

150 Und ist ein Spickzettel nicht auch Doping - ein erschlichener Vorteil? Der Ehrliche ist doch immer der Dumme, oder nicht?

Nachdem mir klar wird, dass ich durch einen Spickzettel immerhin niemand anderen dazu zwingen, sich selbst mit Psychopharmaka aufzuputschen, beschließe ich, etwas zu finden, das harmloser ist als Ritalin. Ich erzähle
155 meiner Apothekerin von den Problemen beim Lernen. Sie schaut mir über ihr Brillengestell hinweg lange in die Augen und verkauft mir schließlich Koffeintabletten für den Tag und Baldriantropfen für die Nacht. Ich beschließe eine Doppelstrategie: Alle zwei Tage nehme ich Ritalin, dazwischen Koffein, Baldrian und Vitamintabletten.

160 An den Koffein-Tagen ist die Bibliothek für mich ein sehr trauriger Ort, Neurologen nennen das den "Rebound". Mein Körper ist an den Ritalin-Putsch gewöhnt und vermindert vorsorglich seine Leistungsfähigkeit. Das Koffein macht mich zwar wach, aber schon das Lesen einer ganzen Buchseite fällt mir schwer. Die Ritalin-Tage hingegen sind intellektuelle Feuerwerke, fast Orgien
165 der Schaffenskraft. Ich fange an, die Ritalin-Tage zu mögen. So sehr, dass mir der Gedanke, dass dieser Selbstversuch einmal zu Ende sein wird, gar nicht gefällt. Ich mag das Euphoriegefühl, das Ritalin mir verschafft, und die Leistung, zu der ich dadurch imstande bin. Ich gefalle mir, wenn ich Ritalin genommen habe.

170 Das Vertrackte an Medikamentensucht: Man verpasst den Zeitpunkt, an dem man die Kontrolle verliert. Meine Tabletten gehen zur Neige. Ich suche nach einem Vorwand, mir noch ein Päckchen zu besorgen, und rufe jemanden an, der ein "Gehirndoping" dann und wann befürwortet.

Der Zukunftsforscher Sven Gábor Jánosky sagt: "Es ist ungerecht, wie ungleich
175 wir geboren werden. Warum wollen wir es jemandem verbieten, der von Geburt wenig intelligent ist, sich mit Pillen ein kleines bisschen schlauer zu machen?"

– Zum Beispiel wegen der Nebenwirkungen?

– "Viele Menschen nehmen Substanzen, die dem Körper auch schaden, Koffein, Nikotin. Diese Menschen entscheiden für sich, dass der Schaden
180 kleiner ist als der Nutzen."

– Ist es nicht traurig, auf Pillen angewiesen zu sein?

– "Wer Anerkennung bekommt, weil er mit Ritalin mehr leistet, fühlt sich gut. Was sollte daran traurig sein?"

Eben. Was sollte an Gehirndoping traurig sein? Ich überlege, Ritalin auch bei
185 meiner Examensklausur zu nehmen, und frage eine Mitarbeiterin der Prüfungskommission, ob denn Ritalin gegen die Prüfungsordnung verstößt. Sie antwortet mir noch am selben Tag: "Darüber haben wir noch nie nachgedacht! Wenn derjenige, der sich aufputscht, nicht auffällig wird, kann er seine Prüfung schreiben. Wenn aber andere durch sein Verhalten gestört werden, wird er den
190 Klausurraum verlassen müssen. Auch wenn jemand vor der Prüfung zu viel Tequila trinkt, würden wir so reagieren!"

Am Tag meiner Klausur stehen Studenten vor dem Prüfungsgebäude und rauchen. Ich gehe hinein und setze mich. Ich will ganz offen dopen. Die orangefarbene Pappschachtel liegt auf meinem Tisch. RITALIN, 10 mg,
195 Wirkstoff: Methylphenidat. Bei der Tour de France würden sie mich jetzt verhaften, später würde ich in einer Pressekonferenz sitzen, und ich würde von Missverständnissen reden und von falschen Unterstellungen. Bei der Magisterprüfung aber darf ich das alles, und zehn Minuten nachdem ich die Pille geschluckt habe, fühlt es sich wieder an, als trüge ich Scheuklappen. Vier
200 Stunden lang schreibe ich, fast ohne aufzublicken, Seite um Seite. Einmal gehe ich auf die Toilette und bin selbst dort so fokussiert, dass ich beim Händeföhnen vergesse, dass ich eine Klausur schreibe.

Es war meine letzte Tablette. Für die Klausur gab es eine 1,3. Nicht schlecht, aber in einer anderen – in der ich nicht gedopt war – gab es eine 1,0. Was
205 bleibt also von diesem Selbstversuch, außer dem "Rebound", der nicht nur die Leistungsfähigkeit senkt, sondern auch die Laune schlechter macht?

Ich weiß es nicht. Wer sagt, Ritalin helfe nicht, lügt. Es schlägt nicht bei jedem an, aber aus mir hat es den Studenten gemacht, der ich sein sollte: hellwach, fokussiert und diszipliniert. Und einen Menschen, der ich nicht sein will:
210 zwanghaft und unentschlossen. Ich hatte keinen Hunger mehr und keinen Durst, ich wusste nicht mehr, welche CD ich hören und welche Hose ich anziehen wollte. Wenn die Wirkung nachließ, wurde ich unkonzentrierter als vorher, und statt mich zusammenzureißen, überlegte ich, wo ich wieder Ritalin herbekommen konnte. Außerdem ist es kein gutes Gefühl, jemand zu sein, der
215 über einem Handföhn seine Abschlussklausur vergisst. Ich habe versucht, das meinen Freunden zu erklären, und erzählt, was Gerald Hüther, der Neurologe, meinte: "Ritalin ist eine Gefahr für unser gesamtes Bildungssystem."

Ich habe meine Freunde gefragt, ob sie mich verstehen. Sie fragten zurück, ob ich noch welche von den Pillen übrig habe (vgl. Zeit 2009).

Anlage 3

Dieser Text ist für Leute die was sagen wollen aber keine Ahnung davon haben!

Ich bin ein Elternteil eines "Ritalinkindes"

Ja, ich gebe zu, eine unwürdige Mutter bin ich, ich gebe eine Pille des Medikaments am Morgen und ich mache den gleichen Angriff beim Mittagessen. Ich berausche mein Kind von Montag bis Freitag. Ja, ich verwende auch einen Zeitplan um dies zu tun, ein ganz präziser, wie ein psychopathischer Fotograf der jede Methodik sorgfältig berechnet . Zum Ende der Woche, da mein Kind nicht mehr auf Medikamente ist, zieh ich meinen Regenmantel an, um deine Verachtung über mich ergehen zu lassen. Deine Augen, die sagen: welch ein Böses Kind ! Deine Meinung, die sagt: Wenn es mein Kind wäre, würde das nicht so geschehen! Leider sind unsere Kinder nicht Wasserdicht wie meine Regenjacke. Unsere Kinder sehen alles, hören alles. Glücklicherweise haben wir Eltern von "Ritalinkindern "auch eine Superhelden-Kostüm. Eins, das sehr schwer zu tragen ist, er biegt die Schultern durch unter seinem Gewicht aber nur mit diesem Kostüm ist es möglich , durch zu halten. Sie , mit ihren zwei paar Hände. Ein Paar verschliesst Ihre Ohren vor uns, und ein paar verschliessen Ihre Augen , um uns bloß nicht zu sehen. Leider fehlt ein paar, das Paar Hände für den Mund, das , das verhindern würde über uns zu richten. Immer eine Meinung haben ohne zu gesehen oder zugehört zu haben, nur blanken Unsinn über uns erzählen. Immer wenn ein Text im Umgang mit ADHS und Medikamente veröffentlicht wird, wird unser Superhelden-Kostüm schwerer. Wo seid ihr denn, wenn wir feiern? Ja, wir feiern, wir haben Gefühle. Wir feiern, wenn unser Kind von 6 Jahre, 8 Jahre, 12 Jahre, ohne Hilfe seine Zähne putzt. Wenn er es geschafft hatt, sich anzuziehen, wenn er stolz nach Hause kommt, weil die mündliche Präsentation gelungen ist, wenn er schließlich ein Freund gefunden hat, wenn er es geschafft hat, in der Nacht vor Mitternacht einschlafen, Wenn er seine Emotionen verarbeitet, wenn er selbst dran denkt zur Toilette zu gehen und so verhindert seine Hose zu beschmutzen, wir feiern! Diese kleinen, unbedeutenden Sachen machen uns glücklich, und machen unseren super-Helden-Anzug dicker und stärker. Wo seid

ihr, wenn wir weinen? Weil, es kommt oft vor und oft sind wir dann allein. Wir weinen, weil unser Kind aus seiner Gruppe von Freunden ausgeschlossen ist, weil es zu schnell im Kopf ist, weil er nonstop redet, beunruhigt andere oder machen Geräusche. Wir weinen, wenn er sagt: 'Ich bin eine Null', 'ich bin nichts Wert'. Wenn die Schule von uns fordert, Schulversagen, bekannt zu geben, wenn wir gezwungen sind, Untersuchungen hin und her zu schieben und zu wiederholen, weil der Kinderarzt vermutet etwas anderes als ADHS ist "los", wenn wir unsere erste Verschreibung von Ritalin haben, wenn unser Kind von Selbstmord spricht, wenn die Schwägerin, Großvater, Freund uns der Zwangsmedikation unserer Kinder beschuldigen, dann weinen wir. Vor allem ist uns zum schreien, wenn wiederum ein Artikel in der Zeitung oder TV über ADHS und ähnliche Medikamente zu sehen sind. Wir weinen, weil wir wissen, dass unser Superhelden-Kostüm noch schwerer wird, und wir bereits dachten, dass wir es nicht mehr tragen könnten. Also nimm deine Hände von den Augen und den Ohren weil du die ganze Gesellschaft verpestest. Entfernen sie von Augen und Ohren, Unterstütze uns, durch Interesse für das was wir leben. Du wirst sehen, ADHS hat nichts mit Kindern zu tun, die sich viel bewegen. Entdecke das Hyperaktivität nur die sichtbare Spitze dieses komplexen und sehr durchdringenden Problems ist. Willst du wissen wie es geht? Dann benutze Augen, Ohren und Mund, um zu erkennen wer wir sind (vgl. Weber 2014)!

Quellenverzeichnis

Alles Rezeptfrei: Ritalin kaufen. <http://alles-rezeptfrei.net/ritalin-kaufen/>. Zugriff am 13.10.2014

Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V. (2014): Ist die Intelligenz bei ADHS beeinträchtigt? <http://www.ag-adhs.de/informationen/haufige-fragen.html>. Zugriff am 23.10.2014

Ärzteblatt (2012): Überdiagnose von AD(H)S und Autismus. In: Ärzteblatt 2012. 30. März 2012.
<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/49712/Ueberdiagnose-von-ADHS-und-Autismus>. Zugriff am 29.09.2014

äzq (2014): Definition von Leitlinien in: Leitlinien. de, letzte Aktualisierung am: 09.07.2014. <http://www.leitlinien.de/leitlinien-grundlagen/aufgaben-ziele>. Zugriff am 29.09.2014

Brandt, M. (2014): Ritalin-Verbrauch erstmals seit 1993 rückläufig. In: Statista Das Statistik-Portal. Statistiken und Studie aus über 18.000 Quellen. Veröffentlicht am 01.04.2014. <http://de.statista.com/infografik/2073/ritalin-verbrauch-in-deutschland/>. Zugriff am 07.10.2014

Bundesärztekammer (2005): Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-Langfassung, Sitzung vom 26. August 2005. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/ADHSLang.pdf>. Zugriff am 22.09.2014

Bundesärztekammer (2006a): Definition und Klassifikation. In: Stellungnahme zur 'Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS)' - Langfassung -, letzte Änderung: 02.08.2006. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3161.3163.3164>. Zugriff am 01.09.2014

Bundesärztekammer (2006b): Epidemiologie in: Stellungnahme zur 'Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS)' - Langfassung -,

letzte Änderung:12.07.2006.

<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3161.3163.3165>.

Zugriff am 02.09.2014

Bundesaerztekammer (2006c): Diagnostik und Differenzialdiagnostik der AD(H)S in: Stellungnahme zur 'Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS)' - Langfassung -, letzte Änderung:12.07.2006.
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3161.3163.3177#top>.
Zugriff am 09.09.2014

BptK (2013): Über die Grenzen zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit? BptK-Symposium zum neuen DSM-V. 30. Mai 2013.
<http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/ueber-die-gr.html>. Zugriff am 23.09.2014

Bruchmüller K. & Schneider S. (2012): Fehldiagnose Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom? Empirische Befunde zur Frage der Überdiagnostizierung. In: Psychotherapeut 1/2012. S.77-98. Springer-Verlag.
Zugriff am 29.09.2014

Die Welt (2014): Erstmals seit 20 Jahren weniger Ritalin verordnet. Ausgabe vom 01.04.2014. Springer.
<http://www.welt.de/wirtschaft/article126428625/Erstmals-seit-20-Jahren-weniger-.Ritalin-verordnet.html>. Zugriff am 07.10.2014

DIMDI (2014): ICD-10-GM Version 2014. Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98).
<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/block-f90-f98.htm>. Zugriff am 25.08.2014

Döpfner, M.; Frölich, J.; Lehmkuhl, G. (2013): Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung AD(H)S. 2., überarbeitete Auflage. Göttingen, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Döpfner (o.J.): Was bringt die medikamentöse Langzeittherapie wirklich? Neue Erkenntnisse aus der MTA-Studie. http://www.zentrales-adhs-netz.de/fileadmin/ADHS/Fuer_Therapeuten/Fachliteratur/Artikel/Was_bringt_die_medikamentoesee_Langzeittherapie_wirklich.pdf. Zugriff am 02.10.2014

Dr. habil. Wittchen H.-U. (2013): „Warum sollte die Psyche gesünder sein, als der Rest des Körpers?“ In: Psychologie Heute, Vol.40, Heft1, S.68-74. Januar 2013, <http://www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/wittchen.html>. Zugriff am 25.09.2014

Dr. med. Heinicke D., FA Pädiatrie, Neuropädiatrie der Bavaria Klinik Zscheckwitz, (2014): Vortrag zum Thema: AD(H)S Klassifikation und Diagnostik. Wieviel Aufmerksamkeit muss ich mir leisten? In: AD(H)S-Messe des Landesverbandes AD(H)S Sachsen e.V. unter wissenschaftlicher Leitung von Frau Dr. Nestler in Frankenberg am 17. Mai 2014

Dr. med. Winkler M., Dipl.-Psych. P. Rossi (2014): ADHS-Kriterien nach DSM 5: Fluch oder Segen? In: ADHS-Spektrum: Neues und Altes aus der ADHS-Welt. AD(H)S-Blog von Dr. med. M. Winkler & Dipl.-Psych. P. Rossi. <http://adhsspektrum.wordpress.com/2014/08/27/adhs-kriterien-nach-dsm-v-fluch-oder-segen/>. Zugriff am 24.09.2014

Dr. Streif, J. (2011): Ist ADHS eine Behinderung? In: AD(H)S und Recht. Hrsg.: ADHS Deutschland e.V., 1. Aufl., Berlin

Dr. vel Job, K. (2014): Vortrag zum Thema: AD(H)S und Ressourcen. In: AD(H)S-Messe des Landesverbandes AD(H)S Sachsen e.V. unter wissenschaftlicher Leitung von Frau Dr. Nestler in Frankenberg am 17. Mai 2014

Focus online (2014a): Pillen gegen das Zappelphilipp-Syndrom. Experten sehen eine „Generation ADHS“ heranwachsen. In: Focus online. http://www.focus.de/familie/kindergesundheit/experten-sehen-eine-generation-adhs-heranwachsen-pillen-gegen-das-zappelphilipp-syndrom_id_2426066.html. Zugriff am 02.10.2014

Focus online (2014b): Pillen gegen das Zappelphilipp-Syndrom. Ritalin darf nicht das Mittel der Wahl sein. In: Focus online.

http://www.focus.de/familie/news/experten-sehen-eine-generation-adhs-heranwachsen-pillen-gegen-das-zappelphilipp-syndrom_id_2426067.html.

Zugriff am 02.10.2014

Focus online (2014c): Hyperaktivität. So wirken Medikamente. In: Focus online.

http://www.focus.de/gesundheit/ratgeber/psychologie/adhs/methylphenidat-und-co-_aid_14035.html. Zugriff am 02.10.2014

Grobe, T. G.; Bitzer, E. M.; Schwartz, F. W. (2013): BARMER GEK Arztreport 2013. Schwerpunkt: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen ADHS.

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 18. <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2013/130129-Arztreport-2013/PDF-Arztreport-2013,property=Data.pdf>. Zugriff am 02.09.2014

Kölner Stadtanzeiger (2014): Ritalin-Verordnungen sind rückläufig. In: Kölner Stadtanzeiger. Ausgabe vom 01.04.2014. <http://www.ksta.de/gesundheit/-zappelphilipp-syndrom--ritalin-verordnungen-sind-ruecklaeufig,15938564,26717776.html>. Zugriff am 02.10.2014

Kriesl, I. (2013): Neues Standardwerk der Psychiatrie. DSM-5 Psychisch krank über Nacht. In: Stern. 31. Mai 2013, 09:53 Uhr.

<http://www.stern.de/gesundheit/neues-standardwerk-der-psychiatrie-dsm-5-psychisch-krank-ueber-nacht-2018295.html>. Zugriff am 01.09.2014

Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft AD(H)S der Kinder- und Jugendärzte e.V. (2007): AD(H)S bei Kindern und Jugendlichen. Aktualisierung des Kapitels: Medikamentöse Therapie am 3.3.2014 durch Dr. Ulrich Kohns, Dr. K. Skrodzki, Dr. Kirsten Stollhoff, Priv. Doz. Dr. Dr. K.-P. Grosse. S. 8f. <http://www.ag-adhs.de/uploads/Leitlinie2014mr.pdf>. Zugriff am 11.09.2014

Mangold, C. (2014): ADHS. Krankheit oder Modediagnose unserer Zeit? In: Clemens von Bönninghausen. Akademie für Homöopathie. <http://www.cvb->

akademie.de/adhs-krankheit-oder-modediagnose-unserer-zeit.html. Zugriff am 02.10.2014

Müller, T. (2013): DSM-5 im Überblick. Eine neue Landkarte für die Seele. In: Ärztezeitung, 12.07.2013, Springer Medizin.

http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-psychiatrische_krankheiten/article/841448/dsm-5-ueberblick-neue-landkarte-seele.html. Zugriff am 22.09.2014

Privates Gymnasium Esslingen (2014): Pädagogische Konzeption.

<http://www.privates-gymnasium.de/index.php/leitbild-schulprofil/paedagogische-konzeption>. Zugriff am 23.10.2014

Psychotherapie-Lehrbuch (2014): DSM-5: Neuerungen. Letzte Aktualisierung: Donnerstag, 4. September 2014. Prien am Chiemsee, Rosenheim, München.

<http://psychotherapie-lehrbuch.de/dsm-5.html>. Zugriff am 01.09.2014

Rabatsch, M. (2011): Leistungspflichten der Jugendämter gegenüber Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen mit ADHS. In: AD(H)S und Recht. Hrsg.: ADHS Deutschland e.V., 1. Aufl., Berlin

Schlack, R., Mauz E., Hebebrand J., Hölling H. (KiGGS Study Group) (2014): Hat die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland zwischen 2003–2006 und 2009–2012 zugenommen? Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste

Folgebefragung (KiGGS Welle 1). In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Ausgabe Monat 7 · 2014. S. 820ff. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014.

<http://edoc.rki.de/oa/articles/rePL8nUY8YWJU/PDF/25Am4rYnuaKQ.pdf>. Zugriff am 01.09.2014

Simchen H. (2012): AD(H)S und Hochbegabung-eine Balance zwischen hohem Selbstanspruch und Enttäuschung. In: ADHS Deutschland e.V. Selbsthilfe für Menschen mit ADHS. <http://www.adhs->

deutschland.de/Home/ADHS/Schule/AD-H-S-und-Hochbegabung.aspx. Zugriff am 23.10.2014

Spallek, R. (2011): ADHS aus der Sicht einer Kinderärztin. In: Das Familienhandbuch des Staatsinstituts für Frühpädagogik (IFP). Erstellt September 2003. Zuletzt geändert September 2011.
<http://www.familienhandbuch.de/haufige-probleme/wenn-aufmerksamkeit-zum-problem-wird-adhs/adhs-aus-der-sicht-einer-kinderärztin>. Zugriff am 24.09.2014

SWR (2013): Zappelphillip macht Abitur. In: Hörfunkbeitrag. Gesendet in SWR2. Sendung vom 21.07.2013. <http://www.privates-gymnasium.de/>. Zugriff am 24.10.2014

Weber, T. (2014): Dieser Text ist für Leute die was sagen wollen aber keine Ahnung davon haben! Ich bin ein Elternteil eines "Ritalinkindes". In: Facebook. Geschlossenen Gruppe: AD(H)S. Aufmerksamkeits-Defizit (Hyperaktivitäts)-Störung. Gepostet am 02.11.2014 um 18.20 Uhr.
<https://www.facebook.com/groups/357934575749/permalink/10152784359915750/>

Wiedemann, R. (2014): Souveräner und professioneller Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten und AD(H)S. In: Weiterbildung des Landesverbandes AD(H)S Sachsen e.V. am 20. und 21.10.2014 in Frankenberg

Zeit (2009): Ich bin ein Zombie, und ich lerne wie eine Maschine. In: ZEIT Campus Nr. 02/2009.
<http://www.zeit.de/campus/2009/02/ritalin/komplettansicht>. Zugriff am 13.10.2014

Zeit online (2011): Psychopharmaka als letztes Mittel. Ausgabe vom 26.05.2011. <http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2011-05/adhs-medikamente-verschreibung>. Zugriff am 07.10.2014

Erklärung zur selbständigen Anfertigung

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Bearbeitungsort, Datum, Unterschrift